

Année 1900

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 27 Juin 1900, à 1 heure.

Par PAUL-LOUIS-ALFRED CHEVALIER

Né à Marseille, le 5 août 1872

Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique

Licencié en droit.

DE

L'APPENDICITE PELVIENNE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges { MM. JALAGUIER, agrégé.
 POIRIER et WALTHER, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE. 2

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 27 Juin 1900, à 1 heure.

Par PAUL-LOUIS-ALFRED CHEVALIER

Né à Marseille, le 5 août 1872

Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique

Licencié en droit.

DE

L'APPENDICITE PELVIENNE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges { MM. JALAGUIER, agrégé.
 POIRIER et WALTHER, agrégés.



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE. 2

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs..... MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	R. BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS-DUVAL.
Opérations et appareils.....	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BRISAUD.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHANTEMESSE
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	{ TERRIER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD.
	{ BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIÉRY.
ALBARRAN.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (Aug.).	GILLES de la TOURETTE.	MÉNÉTRIÉR.	VARNIER.
BROCA (André).	HARTMANN.	MÉRY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
Pierre DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le professeur TILLAUX qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A mon cher Maître, le professeur agrégé WALTHER, en souvenir de l'instruction chirurgicale, qu'il m'a permis d'acquérir auprès de lui durant l'année trop courte qui vient de s'écouler, je fais hommage de ce modeste travail.

Paris, juin 1900.

PAUL CHEVALIER.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547919_0078

DE L'APPENDICITE PELVIENNE

AVANT-PROPOS

Au moment où nous commençons cette étude, nous avons été atteint cruellement par la perte brutale et soudaine de notre père, enlevé dans l'exercice de sa profession. Médecin lui-même, il nous avait sans cesse guidé au cours de nos études; nous ne pouvons commencer cette rédaction sans adresser à sa mémoire un hommage filial douloureux et ému.

Par suite de cette pénible circonstance nous avons été dans l'obligation de terminer ce travail beaucoup plus tôt que nous ne pensions. Aussi ne publierons-nous point en ce moment les recherches anatomiques que nous avons entreprises; ces recherches se bornant encore à une vingtaine de cadavres, nous attendrons un chiffre plus important pour en faire l'objet d'une étude spéciale.

M. le professeur Rotter, de Berlin, chirurgien à l'hôpital Saint-Hedwig, nous a donné une marque de grande courtoisie scientifique en nous confiant le manuscrit d'une publication qui n'est point encore livrée à l'impression. Nous lui en sommes très reconnaissant et ferons à son travail de larges emprunts; le professeur Rotter est le chirurgien qui a observé et opéré le plus d'appendicites pelviennes; son travail nous sera très précieux.

Au cours de l'année trop courte qui vient de s'écouler, nous avons observé et vu opérer par notre cher maître, M. le professeur agrégé Walther, un chiffre considérable d'appendicites, tant à l'hôpital que dans sa clientèle; dans un grand nombre d'opérations nous avons eu l'honneur d'être son aide direct; M. Walther nous a appris à connaître les nuances délicates du diagnostic de cette affection: ce sont ces connaissances qui nous ont permis d'entreprendre avec fruit l'étude qui va suivre. Nous conservons une profonde reconnaissance envers le maître qui nous a donné avec tant de bienveillance cette délicate instruction chirurgicale.

Nous adressons également nos remerciements à nos autres maîtres en chirurgie MM. les professeurs agrégés Delbet, Blum et Faure, M. Guinard, chirurgien de l'hospice d'Ivry, qui nous ont accueilli avec bienveillance et sympathie. Enfin remontant aux débuts de notre étude, nous n'oublions pas que c'est M. Vidal, chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Marseille, ami de notre père, qui a bien voulu nous donner les premiers éléments de clinique chirurgicale, nous l'en remercions ici.

Nos études médicales, commencées à Marseille sous les auspices de MM. Fioupe et d'Astros, se sont continuées successivement à Paris chez M. d'Heilly, alors médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, puis chez M. Ménétrier, médecin de l'Hôtel-Dieu, annexe et chez M. Charpentier, médecin de la Salpêtrière; nous remercions également tous ces maîtres bienveillants; M. d'Heilly a bien voulu être pour nous plus qu'un maître, nous ne perdons pas cette nouvelle occasion de lui témoigner notre reconnaissance.

Enfin nous regrettons de n'avoir pu passer un temps plus long auprès de MM. Bar et Lermoyez. M. le professeur agrégé Bar a bien voulu nous initier à l'art des accouchements; M. Lermoyez, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, avait commencé à nous enseigner la connaissance des maladies du larynx, du nez et des oreilles; cet enseignement a été malheureusement pour nous trop tôt interrompu.

CHAPITRE PREMIER

Introduction.

OBSERVATION QUI A ÉTÉ L'OCCASION PREMIÈRE DE CETTE ÉTUDE

OBS. I. — Le 27 février 1900 entrant à la maison Dubois, dans le service de notre maître, M. le professeur agrégé Walther, le jeune R... Paul, âgé de 18, ans qui se présentait à nous dans les conditions suivantes :

Dans ses antécédents héréditaires nous relevons une mère atteinte de bronchite chronique, un père arthritique et une sœur dyspeptique ;

Lui-même a eu la rougeole dans son enfance ; son appétit et ses digestions sont restés assez bons jusqu'à l'âge de 10 à 12 ans. A partir de ce moment il est sujet à des crises très répétées, caractérisées par des maux de tête, des vomissements bilieux et de la constipation ; le médecin diagnostique une dilatation d'estomac et il est traité comme tel. Finalement on conseille un quartier plus aéré et cet état prend fin vers 15 ans en même temps que le changement de domicile.

En novembre 1899, il entre dans un régiment de ligne en province.

Le 25 décembre 1899, jour de Noël, étant chez lui en permission, il est pris de diarrhées et de malaises abdominaux sans vomissements ; cet état est qualifié d'indigestion ; puis tout se dissipe.

Le 8 janvier, au régiment, à la suite d'une ingestion de haricots, il est repris dans la nuit de malaises, coliques sans vomissements, mais avec douleur très marquée à l'aîne droite.

Le lendemain 9, il est porté malade avec le diagnostic : embarras gastrique ; la douleur à droite persiste, il s'y ajoute dans l'intervalle des douleurs, du ténesme rectal et vésical, le malade est constamment aux cabinets « sans pouvoir arriver à rien faire ». Cet état dure huit jours.

Transporté le 10 à l'infirmerie, il vomit le lait ingéré et a ensuite un vomissement bilieux.

On met le malade au lait et au bouillon et on frictionne le ventre avec de l'huile camphrée.

Le 11, il est transporté à l'hôpital. Le diagnostic est « péritonite » ; un aide-major parle bien d'appendicite, mais cette idée est écartée par le

médecin-major. On met du collodion riciné sur le ventre, à l'intérieur on donne du naphthol et du salol, une potion opiacée et du chloral pour la nuit. Les douleurs se calment, l'appétit semble revenir.

Aussi le 16, reprend-on l'alimentation avec des œufs et des pruneaux ; le 17, on donne une côtelette et le malade se lève. Il part le 21 en congé de convalescence, mais il subsiste toujours une douleur légère, le malade marche courbé. Il se couche en arrivant ; le lendemain les douleurs reprennent à l'aîne droite avec irradiation vers l'épigastre ; pour essayer de les calmer le malade se couche sur le flanc droit. On fait venir le médecin traitant qui porte le diagnostic d'appendicite et le met à un traitement approprié quoiqu'un peu insuffisant : X gouttes d'élixir parégorique ; toutes les deux heures, glace sur le ventre ; diète lactée. Le ténesme existe encore mais il est beaucoup moins marqué.

Le 25, M. Jalaguier appelé confirme le diagnostic.

Le 27 au soir, il entre à Dubois et nous l'examinons.

A ce moment la température est de 38° ; le pouls à 96, bon.

A l'examen, le ventre est plein, légèrement saillant, mais non ballonné ; à la palpation il est tendu, douloureux, mais la douleur iliaque est *plus marquée à gauche qu'à droite*. (En réalité nous nous sommes rendu compte plus tard que la douleur existait à droite, mais très bas et très en dedans au-dessus du pubis et de la partie interne de l'arcade.)

On ne trouve pas d'empatement. A la percussion on trouve du météorisme et le ventre est partout sonore. La coïncidence de ce dernier signe avec l'aspect du ventre donne assez nettement l'impression que la masse intestinale est remontée. Nous sommes déroutés par ces signes que nous n'avons jamais eu l'occasion de percevoir ; nous faisons bien le diagnostic d'appendicite par exclusion, mais nous ne trouvons pas de signes suffisants pour établir un diagnostic positif. Néanmoins le malade est mis au traitement du service : repos au lit absolu, glace sur le ventre ; sur tout le ventre, car nous craignons que la douleur perçue à gauche ne soit un signe d'extension de la péritonite avec accalmie trompeuse au niveau du foyer ; on donne de plus un centigramme d'opium toutes les deux heures ; le malade est maintenu à la diète absolue avec seulement quelques cuillerées d'eau de Vichy artificielle pour calmer la soif ; enfin pour compléter l'antisepsie intestinale on fait laver la bouche à l'eau naphtolée.

Le lendemain 28 M. Walther voit le malade : les signes sont les mêmes, mais il pratique le toucher rectal que nous avons négligé à tort, car par ce mode d'examen on sent au bout du doigt un foyer situé à droite et en avant du rectum, facilement perceptible encore lorsqu'on s'aide d'une main abdominale ; cette manœuvre est d'ailleurs très douloureuse et le doigt rectal appuyant sur le foyer réveille une douleur qui irradie le long du

côlon jusque dans l'hypochondre. Il est difficile d'évaluer le volume du foyer qui est dur.

A ce moment il n'y a plus de ténésme, mais une douleur dans le bas-ventre au moment des mictions.

Le 29, une percussion attentive révèle une légère submatité à droite au niveau du canal inguinal ; on injecte au malade 500 grammes de sérum sous-cutané, on continue ces injections les jours suivants à des doses un peu moindres tant que la diète est maintenue.

Sous l'influence de ce traitement la température devient normale, le pouls tombe à 72, puis à 60. Le 31, l'opium est diminué : on ne donne plus qu'un centigramme toutes les trois heures ; la douleur hypogastrique à la miction s'atténue.

Le 3 février, le ventre est beaucoup moins tendu ; la zone de submatité inguinale a disparu ; le ventre est sonore partout de la même sonorité ; au toucher rectal l'abcès bombe davantage et semble plus près du doigt.

Le 4, on réduit l'opium à 1 centigramme toutes les quatre heures ; le 6, le malade n'étant pas allé à la selle depuis le début de la crise, on fait un débouillage digital des matières fécales. Le malade commence à prendre une cuillerée de lait toutes les deux heures.

Le 8, le foyer est considérablement diminué et à peine sensible du côté du rectum ; le 10, on ne le sent plus, on suspend l'opium.

Le 16, on permet du potage et quelques purées ; le 23, un peu de poulet ; enfin le 26, le malade est emmené chez lui en ambulance.

Il y reste couché trois semaines, s'alimentant de plus en plus. Le 14 avril M. Walther l'examine et trouve à nouveau un foyer prérectal sur lequel la pression du doigt réveille une douleur qui irradie le long du trajet du gros intestin jusqu'à l'épigastre ; il réduit l'alimentation et augmente le repos.

R... rentre à Dubois le 27 avril ; on ne sent plus rien ni par le toucher, ni par la palpation combinée. On le met au lait jusqu'à l'opération qui a lieu le 7 mai 1900 et à laquelle nous assistons.

Opération le 7 mai 1900. — Le malade est endormi à l'éther, puis mis sur le plan incliné de Trendelenburg.

M. Walther fait l'incision de Roux, mais un peu plus basse que l'incision habituelle.

L'appendice est descendant interne, il est dans le petit bassin, il est libre, circonstance qu'on n'osait espérer ; il présente une portion atrophiée longue de 1 centim. et demi environ qui le sépare en deux portions distinctes.

Dans le méso, il existe un petit foyer jaunâtre gros comme un gros pois ; les parties sont rougeâtres saignardes, d'aspect nettement inflammatoire. Trois ligatures au catgut sont placées sur le méso ; on prend des précau -

tions pour éviter que le liquide infecté du méso n'infecte le voisinage ; puis on enlève ensemble l'abcès et l'appendice, la décortication est pénible ; on enlève d'abord l'extrémité inférieure qu'on sectionne ; puis la supérieure ; tout ce au thermo-cautère selon la méthode habituelle de M. Walther. Abrasion à la curette de la petite cavité du moignon ; puis cautérisation par ce procédé, la manchette péritonéale se recroqueville, se fermant d'elle-même ; on la suture par un surjet au catgut et on enfouit le tout ; on met un Mickulicz et dans son intérieur un drain et une mèche, tout ce en raison des lésions qui ont paru mal éteintes ; on fait un surjet au catgut sur le péritoine ; un second sur les muscles et on suture la peau aux crins.

Les suites de l'opération sont très simples.

Un pansement superficiel fut fait le lendemain. En raison de l'anurie relative (le malade n'émettait que 600 grammes d'urine par jour), le malade fut mis au lait le 9 mai. Le 10, le drain et la mèche furent changés, il y avait à peine quelques gouttes de pus. Le 12, on fit l'ablation du Mickulicz ; ce même jour, la quantité d'urine était de 1,200 grammes ; elle s'est maintenue telle quelle depuis. Le 15, le malade prend son premier bouillon.

Le 13, filset drains sont enlevés. Le 20, le malade commence à s'alimenter avec des œufs pris dans le bouillon ; le 22, il prend des purées ; le 26, on autorise le pain et la viande. Le 1^{er} juin, il rentre chez lui ; la cicatrisation de la plaie est presque parfaite : il reste à peine un petit point qui n'est pas encore cutisé complètement.

La température est restée au-dessous de 38°, sauf le 9 où elle a atteint ce chiffre sans le dépasser. Depuis le 12, elle n'a pas dépassé 37°,2. La guérison peut donc être considérée comme parfaite.

Cette histoire clinique, nouvelle pour nous, nous avait intéressé. Notre maître, M. Walther, après nous avoir entretenu des cas analogues qu'il avait eu l'occasion d'observer, nous donna l'assurance que l'on pourrait en faire avec fruit le sujet d'une étude nouvelle.

La difficulté que nous avons éprouvée à établir un diagnostic positif nous fit penser qu'il y avait peut-être dans cette observation un point de clinique à développer et nous parcourûmes la bibliographie parue à ce sujet. Après avoir recueilli un certain nombre d'observations analogues à la nôtre, nous acquîmes la conviction que nous aurions assez de matériaux pour écrire l'histoire de l'appendicite à forme franchement pelvienne.

CHAPITRE II

Historique.

L'APPENDICITE PELVIENNE DE 1759 à NOS JOURS

Nous avons trouvé, assez près de nous, deux travaux dont le titre semble présager une description analogue à la nôtre. L'un, d'Esnault, paru en 1898, a été inspiré par M. Broca ; il est consacré à l'appendicite en général et l'auteur nous donne, en cinq pages environ, une description rapide de la forme à siège pelvien. Dix-sept observations sont citées à l'appui de cette description : la plupart émanent du service de M. Broca et comme peu ressemblent à celle qui ouvre cette étude, on comprend que la description d'Esnault, très sommaire d'ailleurs, n'y ressemble point exactement. Nous verrons plus loin qu'une raison s'oppose peut-être à ce que ces observations prises, à de rares exceptions près, sur des enfants, puissent ressembler aux nôtres.

Le second travail est un peu antérieur à celui d'Esnault ; c'est une thèse de Lyon, faite par Dormoy et intitulée : « Appendicite à forme pelvienne » ; « Complications pelviennes de l'appendicite » lui conviendrait mieux, la description de Dormoy n'étant qu'une description ordinaire de l'appendicite à laquelle il s'est contenté d'ajouter les signes objectifs de l'abcès pelvien. Il a soin du reste de nous fixer nettement sur sa compréhension de la forme pelvienne : « Les appendicites à forme pelvienne, dit-il, page 25, ne sont jamais exclusivement pelviennes et elles se révèlent toujours par une douleur à la pression de la fosse iliaque droite et par une tuméfaction dans ce même siège. » C'est donc bien la complication pelvienne qu'il a eu l'intention de décrire. Il nous la montre comme

une chose à peu près ignorée jusqu'à lui. En réalité, l'abcès pelvien est connu depuis très longtemps et on le retrouve fréquemment mentionné dans l'histoire de l'appendicite.

Martinez, cité par Dormoy, l'ignorait complètement, mais si Dormoy s'était reporté à l'excellente thèse de Mariage, postérieure de huit jours seulement à celle de Martinez, il y aurait lu la phrase suivante : « La possibilité de ces rapports anormaux a une grande importance pour expliquer certains cas de péritonite localisée ou de péli-péritonite dont la cause reste douteuse, surtout chez l'homme (1). » L'observation de John Langton (2) qui est citée plus loin nous paraît d'ailleurs analogue à celles que rapporte Dormoy.

Ces lectures nous ont inspiré la curiosité de remonter aux débuts de l'histoire de l'appendicite et nous nous sommes reporté à la vieille observation de Mestivier, parue dans le *Journal général de médecine et de chirurgie*, de 1759. Cette observation ne contient rien qui nous intéresse ; mais la seconde observation, parue dans ce journal onze ans plus tard est bien curieuse : Salgues, maître en chirurgie à Sens, nous y raconte très longuement l'histoire du nommé Bossu, vigneron, qui, après des signes assez nets d'appendicite, présenta une grande difficulté d'uriner et finalement rendit dans ses selles « tout le cæcum avec son appendice en partie gangrené ! » Nous consentons bien à admettre l'évacuation de l'appendice — ce qui constituerait la première observation d'appendicite pelvienne avec élimination de l'organe ; — mais malgré le témoignage des « quatre confrères » dont Salgues a cru bon de se munir, nous persistons à douter de l'évacuation du cæcum.

Après cette relation curieuse, il nous faut passer par les observations de Jadelot et de Wageler, pour arriver à l'histoire d'Olivier Prescott, capitaine de vaisseau, rapportée dans la *Gazette de santé* de 1817. Cette observation est empruntée à un journal anglais de la même époque qu'il nous a été impossible de nous procurer ; c'est une observation d'appendicite par corps étranger (?), accom-

(1) MARIAGE. Th. Paris, 4 mars 1891, p. 21.

(2) *Id.*, p. 69.

pagnée de ténesme et de signes de pelvipéritonite qui donnent à présager que c'est là la deuxième observation d'appendicite pelvienne.

A cette époque les mémoires connus sont peu nombreux et il nous est loisible de parcourir ceux de Louyer-Villermay et de Mélier, qui ne contiennent aucun exemple de faits de ce genre. Au contraire dans le mémoire de Ménière, destiné à l'édification de cette théorie de la pérityphlite qui devait depuis égarer la science, nous trouvons, sur 18 observations, 6 observations rapportées ici et qui paraissent toucher à notre sujet.

Parmi les thèses et publications parues depuis cette époque jusqu'à nos jours nous avons trouvé quelques observations intéressantes partiellement, car elles n'étaient point suffisamment détaillées. Nous en rapportons pourtant une empruntée à Malespine.

L'une des observations de Balzer parue dans la *Gazette médicale* de 1879 est citée généralement par les auteurs qui ont écrit sur la question, elle manque malheureusement d'un contrôle opératoire ou anatomique. Cette observation nous remène vers l'histoire actuelle de l'appendicite où les publications sont tellement abondantes que nous avons dû choisir celles paraissant se rapporter spécialement à la question.

Maurin, dans sa thèse désormais classique, s'est contenté de mentionner le toucher rectal, mais sans avoir l'air de soupçonner cependant l'existence de la forme qui nous occupe. La première mention en est due à Gerster qui, dans sa classification reproduite par tous les auteurs, mentionne l'abcès rectal. Dans sa classification un peu différente, Talamon mentionne également l'appendicite prérectale.

Durant cette même année, trois mois plus tard, le 15 octobre 1890, Richelot, rappelant les connexions déjà signalées par Vimont (1), entre l'appendice et les annexes, signalait à son tour à la Société de chirurgie l'inflammation de l'appendice en situation

(1) VIMONT. *Soc. anat.*, 1887, p. 608.

pelvienne et les difficultés, dans ce cas, du diagnostic avec les annexites.

Depuis, les communications ont été assez nombreuses. On retrouvera à la suite de cette étude quelques-unes des observations qui en font l'objet; nous y avons joint quelques autres observations choisies dans les thèses de Dormoy et d'Esnault comme se rapprochant le plus des nôtres; enfin nos maîtres et nos amis ont eu la grande obligeance de nous en confier un assez grand nombre d'autres inédites. L'ensemble nous confirme dans l'idée que nous nous étions faite de l'appendicite pelvienne telle que nous allons la décrire (1).

(1) Pour tous les noms cités au cours de cette étude, on est prié de se reporter à l'index détaillé placé à la fin.

CHAPITRE III

Anatomie.

L'APPENDICE PELVIEN; RAPPORTS QUE PEUT AFFECTER L'ABCÈS DÉVELOPPÉ A SON VOISINAGE

Un prélude anatomique est indispensable à la bonne compréhension de l'analyse clinique et du traitement qui va suivre.

Le cæcum naît au cinquante-cinquième jour de la vie intra-utérine sur la branche descendante de l'anse intestinale, à peu de distance de son sommet; mais ce n'est qu'au troisième mois de la vie fœtale qu'un inégal développement du cul-de-sac amène la formation de l'appendice. La torsion de l'anse intestinale porte l'appareil d'abord à gauche, puis en haut et enfin à droite au-devant du rein et de l'ébauche des organes génitaux. La descente de ces derniers organes s'effectue donc en arrière de l'appareil iléo-cæcal : ce fait est peut-être l'explication des hernies de l'appendice. Durand y cherche l'origine du ligament appendiculo-ovarien de Clado ainsi que celle du ligament qu'il décrit et dont nous parlerons plus loin.

Arrivé dans le flanc droit le cæcum descend lentement et atteint sa position iliaque dans les premières années de la vie. Tarenetzky admet que la continuation de la descente est parallèle au développement au cours de l'âge adulte et peut comme lui continuer.

Cette opinion ne s'accorde guère avec les statistiques. Tandis que sur 100 sujets d'âge indifférent Engel (1) ne trouve que 8 cas de cæcum pelvien, Legueu sur 100 enfants de 1 mois à 15 ans trouve 14 situations pelviennes du cæcum. Si nous rapprochons

(1) ENGEL cité par LEGUEU, *Soc. anatomique*.

d'autres statistiques nous voyons que Barnsby n'en trouve que 4 cas sur 106 femmes adultes, 12 femmes âgées et 9 fœtus réunis. Tuffier et Jeanne n'ont trouvé que 4 cas de cæcum pelvien sur 134 cadavres de vieillards, et encore dans ces 4 cas y avait-il ptose plus ou moins généralisée de l'intestin!

Sur 19 cadavres examinés nous avons rencontré un cas de cæcum plongeant dans l'excavation; c'était chez une femme de 29 ans.

Dans nos observations nous rapportons un cas de ptose du cæcum très marquée (Obs. 48), il y avait en même temps ptose généralisée non seulement à l'intestin, mais aux organes abdominaux.

Le chiffre de Legueu relatif à des enfants est donc beaucoup plus élevé. Nous nous en sommes demandé les raisons et remarquant que sur ces mêmes sujets, Legueu avait en même temps un chiffre très élevé de mésocôlons ascendants, soit 45 p. 100 au lieu de 36 p. 100 donné par Trèves (1) et considéré déjà comme très élevé, nous nous sommes demandé si la persistance de ce ligament n'était pas la raison de l'excursion pelvienne du cæcum. Mais ce n'est là qu'une hypothèse et le seul fait que nous devons retenir de tout cela c'est la rareté relative de la situation pelvienne du cæcum par rapport à celle de l'appendice.

L'inconstance de la situation de ce dernier est le premier fait qui ressorte de son étude. Seul son point d'origine reporté du fond sur la paroi postéro-interne chez l'adulte est à peu près constant; il est peu distant de l'abouchement de l'iléon. Sur nos 19 sujets nous l'avons vu naître une fois seulement au niveau du bord antérieur et une fois sur la partie postéro-externe de l'organe. Dans quelques cas il conserve la disposition fœtale et naît au point le plus déclive.

Sa situation est essentiellement variable; au point de vue qui nous occupe nous la diviserons simplement en iliaque et pelvienne.

(1) TUFFIER et JEANNE, voir Index.

Tuffier et Jeanne divisent très sagement cette dernière en mi-pelvienne et pelvienne. Sur 117 cas ils trouvent 87 positions iliaques, 10 positions mi-pelviennes et 22 positions pelviennes ; cette dernière position est la plus fréquente après la position sous-iléale.

La statistique la moins favorable est celle de Fergusson (1) : 11 appendices pelviens sur 200 ; Lafforgue sur 27 appendices de fœtus ou d'embryons et 200 d'enfants, accuse 20 p. 100 d'appendices pelviens. Bérard (2) a un chiffre plus élevé encore que celui de Tuffier et Jeanne, 30,7 p. 100 environ, sans distinction entre pelviens et mi-pelviens. Le chiffre le plus élevé appartient à Barnsby qui opère exclusivement sur des femmes : sur 127 examens il trouve 42 appendices pelviens, soit 32 p. 100 environ. Cette fréquence de la situation pelvienne de l'appendice chez la femme a donné lieu à de nombreuses hypothèses citées par Barnsby : forme du bassin, corset, grossesse, constipation, aucune n'est vérifiée. Terrillon (3) l'attribue à la rétraction du ligament large consécutivement à une inflammation ! Peut-être y a-t-il une autre raison que nous verrons plus loin.

Pour notre part sur nos 19 sujets, nous avons trouvé, sans doute par un hasard favorable : 2 fois l'appendice dépassant le psoas d'une étendue faible, 2 centim. et 3 centim. et demi ; 6 fois l'appendice mi-pelvien et parmi ces cas l'un était presque complètement pelvien ; 8 fois enfin des appendices pelviens.

On a fait de la grande longueur de l'appendice une circonstance concomitante de sa descente dans le bassin. L'appendice variant de 3 centim. (Lafforgue) à 23 centim. (Luschka), ses dimensions moyennes admises par Tuffier et Jeanne sont de 7 à 11 centim. sur 10 à 13 millim. de calibre.

Nous avons observé un appendice de 15 centim. qui était tout entier rétro-cæcal replié sur lui-même et fixé par points à la paroi

(1) DORMOY, p. 11.

(2) BARNSBY, p. 15.

(3) TERRILLON cité par BARNSBY, id.

cæcale. Malgré sa très grande longueur l'appendice peut donc parfois ne pas être pelvien.

Il est d'ailleurs d'autres causes que la longueur pour expliquer la situation pelvienne de l'appendice : la disposition du méso en est une. Les auteurs classiques Testut, Jonnesco et avec eux Clado donnent de ce méso une description sobre et uniforme. Sa base s'insère depuis l'origine de l'appendice sur le cæcum, jusqu'à l'angle iléo-cæcal et au delà se confond avec le feuillet inférieur du mésentère. En réalité, ce ligament est sujet à des variations : quelquefois sa base est située sur la fosse iliaque même ; nous l'avons vu dans un cas se prolonger jusque sur le relief du psoas, sur le bord même du bassin ; dans 2 cas l'appendice était fixé et il n'y avait pas de méso.

D'autre part, la longueur de ce repli n'est pas toujours la même, dans certains cas, elle laisse libre la plus grande partie de l'organe, dans d'autres, elle s'étend jusqu'à 1 ou 2 centim. de son extrémité. Comme sa hauteur excède rarement 2 à 3 centimètres, il est facile de concevoir le rôle important que jouent toutes ces variations dans la situation de l'appendice.

Lorsque l'appendice plonge dans le bassin, il repose d'ordinaire sur la paroi postéro-latérale droite. Mais nous ne nous dissimulons pas que cette position n'est qu'une disposition cadavérique et c'est ici le lieu d'insister sur la variabilité de situation non seulement individuelle, mais momentanée de l'appendice. Cette variabilité momentanée est le fait à un degré divers de tous les organes abdominaux ; elle est d'autant plus marquée que l'organe est plus indépendant. Des modifications surviennent à chaque instant dans la statique abdominale ; la réplétion ou l'évacuation des réservoirs pelviens sont autant de phénomènes qui modifient à la fois l'état du cæcum et la capacité du bassin, permettant suivant le cas à telle ou telle partie de s'y engager. Il n'est pas jusqu'aux mouvements propres de l'intestin qui ne puissent avoir une action, et pourquoi ne pas admettre que la tunique musculaire de l'appendice ne puisse en se contractant, comme toute autre portion de l'intestin, modifier la disposition de cet organe ? La présence d'un mésocôlon

ascendant ou simplement l'insertion mésentérique-cæcale habituelle ou méso-appendice, seront autant de conditions favorables à ces excursions et peut-être est-ce là l'explication de la fréquence des situations pelviennes chez la femme. La pelvi-péritonite est chez cette dernière d'une fréquence relative indiscutable; qu'une adhérence fixe au péritoine enflammé, l'appendice en excursion et la situation momentanée est transformée en situation durable; de là cette fréquence des situations pelviennes observées par Barnsby dans sa thèse et où l'adhérence jouerait le premier rôle. L'observation clinique attentive peut seule nous fixer sur la réalité de ces phénomènes in vivo. Or dans deux de nos observations (obs. 41 et 53), le changement total des signes perçus suivant l'époque paraît être la vérification pathologique du fait que nous avançons.

L'appendice ainsi prolabé affecte naturellement des rapports spéciaux qu'il importe de préciser pour éclairer la clinique.

Dans les cas les plus fréquents où l'appendice est pelvien avec un cæcum iliaque, sa partie initiale entre en rapport au delà du péritoine avec le relief mou du détroit supérieur. Ce relief est formé par les muscles grand et petit psoas; sur sa face antérieure se trouve la bifurcation des vaisseaux iliaques; l'artère primitive cache à ce niveau la veine qui est située en arrière d'elle; il en est de même des divisions artérielles qui sont situées en avant des divisions veineuses de même nom: aussi comprend-on que l'ouverture des abcès péri-appendiculaires se fasse à ce niveau dans les artères (cas de Bull et de Sourdille) (1). Au devant des branches de l'iliaque primitive passent l'uretère, le nerf génito-crural, parfois divisé, les vaisseaux spermatiques et chez la femme les vaisseaux utéro-ovariens, tous ces organes entrent en rapport transpéritonéal avec l'appendice. Au-dessous du relief du psoas sur la face latérale du bassin formée par l'obturateur interne, les vaisseaux et le nerf obturateur courent au-dessus du muscle vers le trou sous-

(1) Cités par JALAGUIER, p. 622. *Tr. de Chir.*

pubien. Plus bas se trouve le releveur revêtu de son aponévrose, par son intermédiaire la paroi pelvienne répond au creux ischio-rectal dont la graisse abondante est traversée transversalement par les artères hémorroïdales inférieures gagnant le rectum.

Nous avons souvent surpris l'appendice en position cadavérique, pendant dans la partie postéro-latérale droite au-devant de l'articulation sacro-iliaque; quelquefois plus bas, le long du sacrum sur le côté du rectum. A ce niveau la paroi répond à la région de la grande échancrure sciatique; en allant du péritoine vers la profondeur on trouve: les branches de division de l'hypogastrique, l'artère ombilicale gagne la vessie en se munissant d'un petit méso; les artères vésicales inférieures se portent également en avant dans la même direction. Les divisions vasculaires du système hypogastrique recouvrent profondément le plexus sacré, les nerfs fessiers, honteux internes et ischiatiques accompagnés de leurs vaisseaux homologues, le nerf grand sciatique, tous ces organes reposent eux-mêmes sur le muscle pyramidal. C'est par cette voie le long du bord inférieur du muscle pyramidal, comme nous le verrons plus loin, que l'on a proposé de passer au cours de l'incision parasacrée.

Tels sont les rapports profonds qu'affecte l'appendice dans le bassin. Ses rapports superficiels sont non moins importants.

Chez la femme le rapport le plus fréquent, d'après Barnsby, s'effectue avec l'extrémité externe de la trompe; mais l'ovaire, qui est ici plus postérieur que le gauche, entre fréquemment aussi en contact avec l'appendice. C'est ici le lieu de rappeler le ligament appendiculo-ovarien de Clado, que beaucoup d'anatomistes avaient jusqu'ici admis sans contrôle. En 1895, Durand en avait donné une nouvelle description et y avait ajouté celle d'un repli analogue chez l'homme, se portant de l'appendice sur le bassin, mais beaucoup plus inconstant; il plaçait dans ces replis les vaisseaux spermatiques chez l'homme et chez la femme, les vaisseaux utéro-ovariens sanguins et lymphatiques; pour expliquer leur formation il faisait appel à la descente embryogénique des organes génitaux derrière le cæcum.

Malgré ces descriptions, s'il faut en croire Barnsby (1), le ligament de Clado que Lafforgue considérait déjà comme très inconstant n'existerait pas ; il ne serait que le prolongement inconstant du ligament mésentérico-pariétal sur le ligament large. Quant au repli de Durand, nous ne devons pas oublier que Durand l'a lui-même décrit comme inconstant ; sur 14 hommes examinés, nous l'avons rencontré deux fois tel que le décrit Durand.

Outre les rapports annexiels, Tuffier et Jeanne ont trouvé trois fois l'appendice sur la face supérieure de la vessie, une fois sur sa face latérale, une fois sur le rectum. En feuilletant nos observations on voit que l'appendice a été trouvé adhérent à l'utérus, dans l'observation 38 ; au rectum, dans les observations 2, 3, 4, 24 et 50, et parfois même assez bas au voisinage du plancher (obs. 3) ; dans l'observation 53, il était adhérent au cul-de-sac latéral droit du vagin.

Ceci nous amène à chercher quel est le rapport le plus bas que puisse atteindre l'appendice ou la collection développée autour de lui.

Ce point le plus bas est évidemment le cul-de-sac de Douglas. Le cul-de-sac anté-utérin est loin d'être aussi profond : il descend jusqu'à l'isthme chez la nullipare ; chez la multipare, Testut admet qu'il descend un peu plus bas et il pourrait même, dans certains cas, atteindre l'insertion vaginale ; sur la vessie, il ne recouvre jamais la base de l'organe. Son fond est en rapport avec un tissu cellulaire lâche unissant le col utérin et la vessie ; dans ce tissu cheminent les branches vésico-vaginales de l'utérine et l'uretère (Ricard) (2).

Sur les côtés du vagin il ne saurait être question de péritoine ; le tissu cellulaire de la base des ligaments larges est seul en contact avec le vagin.

En arrière, au contraire, le péritoine descend sur le vagin dans une étendue de 15 à 20 millim. pour former la fossette de Douglas circonscrite latéralement par les ligaments recto-utérins ; le point le plus déclive de cette fossette, profonde de 4 à 5 centim.,

(1) *Loc citat.*, p. 18.

(2) *Sem. méd.*, 1887, p. 37.

serait bilatéral d'après Zuckerkandl, et gauche d'après Barns (1). Au-dessous de ce point le vagin et le rectum sont accolés par un tissu plus ou moins dense, qui n'est autre que la cloison recto-vaginale; au niveau du plancher périnéal, le rectum se porte en arrière, et il existe là un espace triangulaire à base inférieure, dans lequel baigne au milieu d'une atmosphère cellulo-adipeuse le sphincter anal, le constricteur du vagin et la transverse du périnée, plus un certain nombre de fibres longitudinales du rectum allant s'insérer à la peau (Jonnesco) (2). De nombreuses recherches ont été faites pour établir la distance qui sépare la peau du périnée du cul-de-sac péritonéal. Cette distance, évaluée à 16 centim. par Lisfranc et à 6 par Sappey, serait très variable d'après les recherches de Mouchet et Mauclore (3). Sur 15 femmes examinées, ces auteurs ont trouvé des distances variant de 2 centim. à 7 centim. $1/4$; les distances retrouvées le plus souvent sont 5, 6 et 7 centim. trouvées 3 fois chacune.

Chez l'homme le cul-de-sac péritonéal inférieur est unique: le péritoine, ne tapissant pas le bas-fond de la vessie chez l'adulte (Cunéo et Veau) (4), se porte directement à la face postéro-supérieure de cette dernière sur la face antérieure du rectum; toutefois, sur la vessie à l'état de vacuité le péritoine tapisse une petite étendue de la face postérieure des vésicules, et le cul-de-sac est vésiculo-rectal; mais ce n'est qu'en cas d'anomalie que le péritoine descend beaucoup plus bas. L'aponévrose de Denonvilliers, qui se fixe en ce point au sommet du cul-de-sac, représenterait, d'après Cunéo et Veau, le vestige de la coalescence de sa partie inférieure primitive. Les replis de Douglas ici vésico-utérins circonscrivent l'arrière-fond de la cavité. Au-dessous la vessie et le rectum, séparés par les vésicules séminales « adhèrent intimement par un tissu résistant d'apparence fibreuse ou fibro-musculaire (5). » Plus bas la prostate

(1) JONNESCO, art. *Rectum*.

(2) JONNESCO, p. 657.

(3) MAUCLAIRE, *loc. cit.*, p. 870.

(4) Cités par FREDET. *Tr. anat.* de POIRIER.

(5) MAUCLAIRE, *loco citato*, p. 870.

et enfin le bulbe urétral répondent à la paroi antérieure du rectum. Entre la prostate et le rectum l'aponévrose prostatopéritonéale adhérerait en ce point au rectum (Quénu et Hartmann) (1); de plus, Farabeuf et Drapier (2) ont signalé entre ces deux organes la présence de fibres du releveur, et Lannelongue (3) y a décrit des ganglions. Mais le point le plus intéressant c'est la présence dans cette région d'abondants plexus veineux latéro-prostatiques et rétro-vésicaux, et la possibilité d'artérioles anormales : vésicales ou hémorrhoidales inférieures; Mauclaire a lui-même appelé l'attention sur ce point.

Malgré ce, l'incision prérectale a été proposée par cet auteur pour atteindre les abcès pelviens, et la notion de la distance du cul-de-sac péritonéal à la peau du périnée a acquis de ce fait une grande importance.

Les chiffres des auteurs sont extrêmement variables. Lisfranc donne 11 centim., Sappey et Cruveilhier 8 centim. avec la vessie vide, 6 centim. avec la vessie pleine. Farabeuf (4) a trouvé comme minimum 3 centim., comme moyenne 7 centim. $1/2$, et comme maximum 10 centim. $1/2$, la vessie étant pleine. Pour Quénu et Hartmann la distance est de 5 à 6 centim. avec une vessie vide, de 7 à 8 centim. avec la réplétion de la vessie et de 10 centim. si l'on distend le rectum en même temps.

Tels sont donc les rapports du fond du cul-de-sac; il nous reste à jeter un coup d'œil sur ceux des parois.

Les rapports péritonéaux latéraux répondent aux creux ischio-rectaux; nous les avons déjà vus; ils ne nous arrêteront pas.

En avant, le seul rapport que nous n'ayons point décrit est le canal déférent qui aborde le cul-de-sac, muni d'un méso, d'après Fredet (5).

(1) MAUCLAIRE, *loco cit.*

(2) DRAPIER, Th. Paris, 1893, cité par MAUCLAIRE.

(3) LANNELONGUE, *Soc. de chir.*, 1878, cité par MAUCLAIRE.

(4) *Loc. cit.*

(5) FREDET, *Tr. Anat.* de POIRIER.

En arrière, la paroi postérieure répond au rectum, l'incision pelvienne par la voie rectale doit passer en ce point. Cette paroi est dépourvue de tout rapport important ; elle est vascularisée par la branche gauche de l'hémorroïdale supérieure ; seules les terminaisons de cette branche déjà assez grêles se trouvent au contact de la paroi antérieure du rectum.

Les autres points de l'anatomie de l'appendice nous intéressent beaucoup moins. Comme toute autre portion de l'intestin, il est muni d'un revêtement séreux, d'une couche sous-séreuse dont Ombredanne fait un prolongement de sa lame vasculaire : d'une tunique musculaire avec un plan longitudinal externe et un plan circulaire interne, et d'une muqueuse. Le seul point qui nous intéresse, c'est sa richesse en follicules lymphatiques dont la structure serrée persiste jusqu'à l'âge de 30 ans (1). Cette richesse lymphatique l'a fait justement rapprocher de l'amygdale au point de vue pathologique,

Clado (2) aurait rencontré des communications de ses vaisseaux lymphatiques avec les lymphatiques utéro-ovariens par l'intermédiaire du ligament appendiculo-ovarien ; Barnsby les nie.

Cott et Krüger ont de même décrit dans le ligament de Clado une artère appendiculaire supplémentaire émanant de l'utéro-ovarienne ; aucun autre auteur n'a parlé à ce sujet de recherches concluantes.

Nous n'avons pas, nous le répétons, la prétention de donner une anatomie complète de l'appendice, nous avons tenu simplement à préciser quelques points indispensables à la compréhension nette de l'exposé qui va suivre.

(1) JONNESCO, p. 319.

(2) *Soc. de Biol.*, 1892, p. 125.

CHAPITRE IV

Étiologie.

CAUSES SPÉCIALES D'INFLAMMATION; FRÉQUENCE DE L'APPENDICITE PELVIENNE

De même que dans le prélude anatomique qui précède, nous ne nous préoccupons dans cette étude clinique que des points spéciaux à notre sujet, les signes ordinaires de l'appendicite normale étant actuellement surabondamment établis et connus.

Nous nous sommes demandé tout d'abord si, en raison de la disposition pelvienne de l'appendice, il n'existait pas quelques causes spéciales d'inflammation.

Vautrin pense que l'augmentation de longueur et de calibre concomitante (?), les rotations ou plicatures qui en résultent (?) peuvent constituer des causes prédisposantes.

Jalaguier (1), citant Byron Robinson (2), s'est demandé si la contraction du *psoas* n'avait point une influence traumatisante. Si cette influence doit être admise, elle s'applique éminemment à la forme d'appendice qui nous occupe; le *psoas* formant le relief du détroit supérieur, l'appendice pelvien avec *cæcum* iliaque est au moins à son origine en rapport avec lui habituellement.

D'autres causes d'inflammations citées souvent, sont spéciales à la femme. Jalaguier, Roux, Quénu, Brun (3) ont mentionné des faits où la menstruation a paru jouer un certain rôle. Si le fait est exact, c'est encore sur l'appendice pelvien que la congestion mens-

(1) *Loc. citat.*, p. 639.

(2) Cités par JALAGUIER.

truelle devrait s'exercer le plus activement. Dans trois de nos observations (40, 47, 49) l'appendicite a coïncidé avec l'existence de troubles menstruels, dans l'observation 40, le début de la crise s'est effectué avec les règles. Mais comme il n'y a pas eu d'ablation de l'appendice, nous ne pouvons être fixé sur le rôle que jouaient ses lésions dans la dysménorrhée ; les 2 autres observations ne nous permettent pas de conclure.

Les renseignements ne paraissent pas plus nets sur le rôle de la grossesse. Chastanet (1) et Jalaguier (2) parlent également de l'influence de la congestion pelvienne occasionnée par la grossesse, congestion exacerbée à l'époque habituelle des menstrues. L'avis actuel des gynécologistes (Fraenkel, Pinard), s'il est favorable à une action aggravante sur un appendice déjà malade, est opposé à toute influence déterminante sur un appendice sain. Il est tout naturel de penser qu'un appendice prolabé dans le bassin, sera, plus qu'un autre, exposé aux compressions exercées par un utérus gravide, surtout au cours de l'engagement. Si l'appendice n'est pas fixé il peut être simplement repoussé avec l'intestin ; mais la compression nous paraît indéniable, si l'on envisage le cas possible d'un appendice fixé au rectum ou au plancher par une inflammation antérieure. Il n'est pas jusqu'à la stase stercorale commune au cours de la grossesse qui ne puisse ajouter un nouvel élément de compression.

Nous avons parcouru les communications de Pinard et l'article de Bué, à la recherche de détails nous permettant de conclure en ces sens, nous n'avons trouvé aucun détail anatomique suffisant pour donner à notre opinion une assise définitive.

Le troisième ordre de faits est au contraire bien établi : il est relatif au voisinage de l'appendice pelvien et des annexes.

D'après Barnsby, ce contact qui peut expliquer l'infection des annexes saines par l'appendice malade, explique aussi en retour l'infection de l'appendice sain contaminé par des annexes malades.

(1) CHASTANET, p. 68. *Id.* JARCA, p. 15.

(2) *Loc. cit.*, p. 640.

Le simple contact et les adhérences consécutives suffiraient pour expliquer l'infection ; l'appendice arrêté par une adhérence, d'après le mécanisme que nous avons invoqué plus haut, est ensuite infecté, Barnsby rejette sur ce point la théorie de l'infection lymphatique comme il a rejeté les connexions lymphatiques elles-mêmes.

Après tout ce que nous venons de dire, on est tenté de conclure qu'à l'encontre de l'appendicite ordinaire, l'appendicite pelvienne est plus fréquente chez la femme ; si nous exceptons l'influence problématique de la contraction du psoas, les autres causes signalées sont en effet propres à cette dernière.

Comme la différence sexuelle est énorme dans l'appendicite normale : 79 p. 100 chez les hommes, 21 p. 100 seulement chez les femmes, d'après Talamon, une augmentation proportionnelle se rapprochant de l'égalité suffirait à démontrer cette proposition. Malheureusement, nous sommes dénué de statistiques faites à ce point de vue. Si nous considérons tant le chiffre total des observations annexées à ce travail que le chiffre des observations inédites, nous voyons qu'il y a peu de différence entre le chiffre masculin et le chiffre féminin de ces observations recueillies au hasard. Toutefois, si nous faisons remarquer que nous avons précisément tenu à l'écart, comme présentant un tableau clinique masqué, les observations, type de Barnsby, où il y avait coïncidence d'annexite, on voit qu'en fin de compte le bénéfice du chiffre pourrait bien rester ici au sexe féminin.

A côté du sexe, l'âge joue un autre rôle. Chez l'enfant, les dimensions du bassin sont assez exiguës, adaptées exactement aux organes qu'il contient. Aussi devra-t-on s'attendre en cas de péritonite péri-appendiculaire à trouver beaucoup moins souvent que chez l'adulte le type uniquement pelvien : c'est le cas de la plupart des observations d'Esnault, c'est le cas ici des observations 25, 31, 32 et 35.

Ces quelques facteurs que nous venons d'examiner nous indiquent, qu'il ne faudrait pas conclure du chiffre proportionnel anatomique d'appendices pelviens au chiffre proportionnel clinique d'appen-

dicites pelviennes. Ici encore, les statistiques manquent de détails utiles. Archibald, dans sa statistique toute récente, a seulement 22 cas d'abcès sur 89 appendicites ; sur ces 22 cas, 7 seulement sont pelviens et dans 4 il est fait mention de la situation de l'appendice « sur le bord du bassin ».

La statistique de Rotter (1), récente également, est plus favorable. Les abcès pelviens y représentent le tiers environ du chiffre total des abcès péri-appendiculaires : soit 41 abcès du cul-de-sac de Douglas sur 132 abcès ouverts ; dans deux tiers de ces abcès pelviens, soit 27 cas, l'appendice était dans le bassin ; il y avait donc 27 abcès pelviens péri-appendiculaires sur 132 abcès ; en faisant le pourcentage nous trouvons 20,5 pour 100. Ce chiffre est à peine de 0,5 plus fort que le chiffre donné par Lafforgue (20 pour 100) pour la fréquence de la situation pelvienne anatomique. Mais nous ferons remarquer qu'il n'est fait mention dans cette statistique comme dans celle d'Archibald que des collections ouvertes.

(1) ROTTER. Freie vereinigung der Chirurgen von Berlins. *Berlin. med. Woch.*, 1900, n° 13.

CHAPITRE V

Anatomie pathologique.

FORMES ANATOMIQUES DE L'APPENDICITE PELVIENNE ; LÉSIONS DE COMPLICATION

La plupart des auteurs qui ont écrit sur ce sujet se sont, comme nous venons de le voir, arrêtés aux abcès, ils sont muets sur les autres formes d'appendicites et de péri-appendicites pelviennes, et cependant elles existent ! Dans son excellent article, M. Jalaguier y consacre par-ci par-là un mot rapide.

Il est assez rare en somme, qu'une crise appendiculaire franche ne s'accompagne pas de lésions de péritonite enkystée. A l'aide de fausses membranes, il se bâtit tout autour de l'appendice un foyer d'isolement ; dans cette cavité, on trouve souvent très peu de pus ou bien un peu de sérosité roussâtre. Les anses ainsi agglutinées peuvent former une saillie plus ou moins volumineuse, dépassant légèrement l'excavation dans certains cas. La submatité perçue parfois à la partie toute inférieure de la région iliaque (obs. 1, par exemple) ne nous paraît pas avoir d'autre origine.

Mais on peut observer également l'appendicite ne s'accompagnant d'aucune lésion de péritonite enkystée (obs. 36, 38, 52) : l'appendice est gros, rouge, vasculaire ; on peut trouver de petits foyers purulents disséminés soit dans son intérieur, soit dans le méso ; parfois une adhérence l'immobilise définitivement. Sa muqueuse est le siège de lésions variables allant de l'ecchymose à l'ulcération menaçante ; dans certains cas, c'est la gangrène ayant amené la perforation rapide. Celle-ci siège ordinairement,

d'après Brun, près de l'extrémité libre, quelquefois tout à fait à la pointe.

La perforation de la pointe, sur un appendice ne dépassant le détroit que d'une légère portion, joue un rôle de premier ordre dans la formation de l'abcès pelvien éloigné. Dans ce mode de perforation les liquides septiques s'écoulent par la pointe de l'appendice dans le bassin et l'ensemencent, expliquant ainsi le développement concomitant, d'un abcès pelvien et d'un abcès iliaque (obs. 54). Ce mode d'inoculation diffère absolument des cas d'infection secondaire où l'abcès pelvien, comme l'abcès sous-phrénique ou tout autre abcès, n'est qu'un indice du progrès de l'infection.

Dans le cas beaucoup plus intéressant où l'abcès pelvien est né sur place autour d'un appendice enflammé, le foyer est ordinairement limité en haut par un plafond protecteur où entre, suivant les cas, l'épiploon ou les anses intestinales agglutinées (obs. 10) réunies parfois par des adhérences fibreuses (obs. 11).

Suivant son volume, l'abcès peut dépasser la symphyse, atteindre l'hypogastre (obs. 6, 12, 27), la fosse iliaque gauche (23 et 25), la fosse iliaque droite (obs. 10, 21, 59) ou remonter simultanément des deux côtés (obs. 35).

Qu'il y ait effraction du foyer, soit par suite de l'exercice auquel le malade continue à se livrer, soit par le fait du chirurgien et l'on assiste à l'évolution d'une péritonite généralisée. Le plus souvent, d'après Jalaguier, l'infection se ferait simplement de proche en proche. Quoi qu'il en soit, il ne saurait plus être question alors de lésions pelviennes, elles ne sont plus qu'un épisode au cours de la suppuration généralisée. Dans certains cas, elle peut revêtir la forme de péritonite généralisée avec adhérences et abcès multiples. Nous n'avons dans nos observations aucun type de la forme septique diffuse de Jalaguier, avec liquide ressemblant à du bouillon sale.

Il nous reste encore à signaler le type chronique d'appendicite pelvienne. Ce type, dont la fréquence chez la femme a été notée par les auteurs, serait, d'après Barnsby, la forme habituelle de l'appen-

dicite d'origine annexielle. Dans cette forme le tissu propre de l'organe est remplacé peu à peu par du tissu fibroïde; la sclérose varie macroscopiquement depuis le rétrécissement jusqu'à la sclérose totale, transformant l'appendice en un cordon fibreux, « véritable guérison anatomique » (Senn) (1). L'appendice kystique que nous avons vu enlever par notre maître, M. Walther (obs. 51), paraît être une autre forme d'appendice pelvien chroniquement enflammé.

Nous citerons pour terminer, les lésions tuberculeuses de l'appendice; elles s'accompagnent ordinairement de lésions cæcales et reconnaissent un type hypertrophique et un type ulcéreux. Les appendices pelviens qui font le sujet des observations 56 et 57 paraissent être deux appendices tuberculeux, malheureusement il n'y a eu d'examen histologique ni pour l'un ni pour l'autre.

Les lésions de voisinage de l'appendicite pelvienne consistent en adhérences, ulcérations, perforations des organes pelviens.

Les adhérences les plus fréquentes s'opèrent avec les annexes droites. Lorsque les lésions appendiculaires sont les premières en date, les annexes, d'après Quénu (2), seraient peu touchées, il n'y a de leur côté que des dégâts de surface. Il n'en est pas de même dans les cas où il y a annexite; dans ces cas il y a en effet fusion plus ou moins intime entre les annexes et l'appendice; quelquefois il y a un véritable magma entre l'intestin, les annexes, l'utérus, le rectum et il est à peine possible d'en reconnaître les parties constituant.

Treub admet la possibilité de périmérite consécutive à des lésions appendiculaires; Delbet (3) déclare que ces lésions, si elles existent, doivent être très rares: Barnsby les nie.

Nous rapportons ici un certain nombre d'observations de perforations du rectum (obs. 3, 4, 5, 8 et 13 à 21 inclusivement) et de la vessie (obs. 18, 43, 55 et 61); les perforations du rectum sont

(1) SENN. cité par BARNSEY, p. 44.

(2) QUÉNU. *Journal des Praticiens*, 9 avril 1898.

(3) DELBET. *Tr. des supp. pelv.*, par BARNSEY, loc. cit.

certainement les plus nombreuses ; parfois l'ouverture est double, s'ouvrant à la fois dans le rectum et dans la vessie (obs. 13 et 55); triple même, vessie, rectum et peau (obs. 18). Nous n'avons pas retrouvé dans les observations publiées de fait permettant d'affirmer que la perforation des artères iliaques a été due à un appendice pelvien enflammé ; dans tous les cas d'ouverture iliaque il s'agissait surtout, d'après Sourdille (1), d'abcès volumineux.

Nous publions un cas de perforation du bassin emprunté à Villar (obs. 56); cette lésion évoluant chez un tuberculeux et rapprochée d'une lésion analogue rencontrée également par nous chez un tuberculeux (obs. 57), nous donne à penser qu'il s'agit là d'une lésion tuberculeuse de l'appendice ayant gagné le bassin après adhérence: il nous paraît difficile d'admettre qu'une suppuration péri-appendiculaire ordinaire puisse produire de telles lésions.

Enfin Couraud (2) a décrit la psoïtis d'origine appendiculaire malgré qu'elle soit ici très possible, nous n'en avons relevé aucun cas.

(1) SOURDILLE. *Soc. anat.*, 1894, p. 447.

(2) COURAUD. Th. de Lyon, 1894.

CHAPITRE VI

Symptomatologie.

FORMES CLINIQUES DE L'APPENDICITE PELVIENNE ; SIGNES SPÉCIAUX.

Les lésions dont nous venons de voir un aperçu s'accompagnent en clinique de signes spéciaux qui font l'originalité de la forme que nous décrivons. Mais il ne faut pas oublier que ce ne sont là que des nuances et qu'à côté d'elles subsiste le tableau général de l'appendicite : les modifications qu'il subit suffisent pour égarer parfois le diagnostic, mais les grandes lignes représentées par les phénomènes généraux varient peu.

Nous subordonnerons donc notre description à l'intensité de ces phénomènes généraux et nous décrirons successivement une forme de moyenne intensité représentée par la crise franche d'appendicite, une forme atténuée représentée par l'appendicite chronique type Brun et Walther et enfin des formes graves.

1^o Crise franche d'appendicite. — Sous ce même titre nous ferons rentrer l'appendicite légère, l'appendicite plastique et l'appendicite avec abcès unique. Seuls les signes physiques et l'évolution séparent ces trois formes. Nous donnerons donc d'abord une description de la crise en prenant pour type l'appendicite avec péri-péritonite plastique ; l'observation 1 nous servira, de guide. Nous indiquerons ensuite avec les signes physiques et l'évolution les particularités de chacune des formes énoncées plus haut :

On observe quelquefois avant la crise des signes prémonitoires tels que diarrhée (obs. 1, 3, 9), malaises, pesanteur abdominale,

barre épigastrique, symptômes d'embarras gastrique ; quelquefois on relève, la veille, l'ingestion d'aliments indigestes. Dans l'observation 1 la malade attribua d'abord son mal aux haricots ingérés la veille. Le début peut aussi se faire à l'occasion de la menstruation (obs. 40).

En tout cas, il s'effectue d'ordinaire par la douleur, les vomissements, l'augmentation de la température et la fréquence du pouls. Mais il peut être plus ou moins brusque, les symptômes apparaissant lentement les uns après les autres, comme dans l'observation 1, où les vomissements jamais très marqués ne sont apparus que deux jours après la douleur. Il n'en est pas ainsi dans certains cas en rapport sans doute avec l'intensité de la crise et où les symptômes apparaissent, pour ainsi dire, simultanément. La fièvre s'allume, atteignant 39°, 5, 40° même (obs. 4) ; le pouls est rapide, mais il est fort et régulier. La langue est sale, blanche et humide. Ces symptômes persistent durant une période variable avec les caractères que nous allons préciser.

La douleur dans les cas normaux est située dans la fosse iliaque droite : ici, si les malades indiquent parfois le côté droit, la palpation montre d'ordinaire que le siège est un peu différent. D'ailleurs la douleur est loin d'avoir toujours le côté droit pour point de départ : dans les observations 21, 22, 23, 24, 25 et 26 la douleur prédominait ou débutait à gauche ; dans l'observation 58, après avoir existé à droite, la douleur fut plus tard prédominante à gauche ; dans l'observation 20 la douleur était rétro-pubienne ; elle était hypogastrique dans l'observation 6 ; enfin dans d'autres cas (obs. 39) il n'y avait pas de point de départ marqué.

Dans certains cas (obs. 3, 21 et 59) les malades accusent de la proctalgie vraie ou fausse qui leur rend pénible la position assise. Nous disons « vraie ou fausse », car si la présence d'un foyer enflammé au voisinage des nerfs qui se rendent à l'anus permet la possibilité d'irradiations dans le domaine de ces nerfs, il y a lieu de croire que les malades rapportent souvent à l'anus ou au périnée une douleur simplement bas située. Dans les observations

2 et 59 il y a des douleurs rectales; dans les observations 1 et 10, des douleurs vésicales accusées au moment de la miction (obs. 1) et que peut expliquer une adhérence de la vessie avec le foyer, provoquant la douleur au moment où la vessie revient sur elle-même. Dans quelques cas (obs. 11 et 53), les malades rapportent simplement la douleur profondément dans le bassin.

Les irradiations sont diverses; l'irradiation épigastrique propagée le long du côlon est précieuse à déceler, mais elle est perdue le plus souvent au milieu des douleurs de coliques générales.

On retrouve ici l'irradiation dans la jambe droite (obs. 7, 8 et 45), l'irradiation inguinale (obs. 1) et l'irradiation testiculaire décrites par les auteurs et classiquement admises. Leur origine, dont les auteurs ne se sont point préoccupés, nous paraît être ici le rapport signalé plus haut entre l'appendice et le nerf génito-crural: elles devraient donc être le propre des appendices qui croisent le psaos.

Au bout de peu de temps ces douleurs diffuses se calment et se cantonnent dans le petit bassin.

Si alors on les recherche par la palpation, on constate que la palpation du point de Mac Burney est à peu près indolore. Il est toutefois souvent possible de trouver le point douloureux par la palpation abdominale, mais il faut alors le chercher beaucoup plus bas, sur l'arcade; dans l'observation 51, une palpation soigneusement analysée réveillait sur l'arcade une douleur répondant au creux épigastrique; parfois la main suivant le rebord pelvien ira réveiller cette même douleur sur le bord du détroit supérieur; parfois, enfin, le toucher rectal permettra seul de la retrouver.

Les vomissements ne présentent ici aucun caractère particulier; alimentaires au début, ils sont ensuite bilieux; on constate quelquefois avant eux ou dans leur intervalle un hoquet à longue durée, indice de la réaction péritonéale du début.

Mais ce qui fait surtout l'originalité clinique de l'appendicite pelvienne c'est la présence de signes de pelvipéritonites sur lesquels Dormoy et Esnault sont muets. Leur fréquence doit être pourtant beaucoup plus grande encore que ne le mentionnent nos

observations; car dans certaines d'entre elles où ces signes ne sont pas mentionnés, leurs auteurs nous ont fait des réserves sur la fidélité de l'observation au début.

Ces signes consistent en troubles vésicaux et troubles rectaux.

Les troubles vésicaux sont variés. Parfois il y a simplement augmentation de la fréquence des mictions avec ou sans existence de douleurs vésicales. Mais dans des cas plus nombreux il y a ténésme véritable. Ce ténésme se présente ordinairement peu de temps après le début et ne persiste pas plus de quelques jours; dans l'observation de Lejars, qui se termina d'ailleurs rapidement, il persista jusqu'à la fin. Nous le voyons coexister avec l'anurie dans cette même observation (obs. 12). Parfois l'anurie est moins marquée (obs. 53); mais les urines sont souvent rares, rouges et chargées.

La rétention d'urine à laquelle Damien Masson attache une grande importance est notée ici dans 4 cas (obs. 4, 19, 58, 65); ce signe a un peu moins d'importance que le ténésme et la fréquence des mictions; on le rencontre souvent en dehors de toute situation pelvienne de l'appendice, il se retrouve dans les péritonites au même titre que les paralysies intestinales.

Du côté du rectum le ténésme rectal est très fréquent (voir l'analyse des observations); il apparaît rarement tout à fait au début; nous le trouvons d'ordinaire à partir du deuxième jour; puis il s'atténue et disparaît rapidement. Il peut coïncider avec le ténésme vésical (obs. 1, 4, 10, 22, 41 et 42).

On a cherché l'explication de ce symptôme: Damien Masson, parlant du ténésme vésical, fait de ce signe un réflexe dû à la présence de la tumeur inflammatoire. Cette théorie ne nous explique pas l'absence de ténésme dans les cas où il y a pourtant compression (obs. 63); suffisante pour expliquer la fréquence des mictions, elle reste insuffisante devant l'inconstance du spasme. Peut-être faudrait-il accorder un certain rôle à la réaction de l'enveloppe des réservoirs pelviens. Le ténésme apparaissant au début, s'éteignant ensuite, deviendrait ainsi un signe de

surprise de cette enveloppe. Les glaires rectales qu'on observe parfois (obs. 3, 4, 7, 21) ne traduiraient qu'un nouveau degré d'envahissement de l'inflammation. Ce dernier symptôme est suivi d'ordinaire de l'ouverture de l'abcès dans l'organe (obs. 3, 4, 21).

Habituellement la constipation coïncide avec les signes précédents ; parfois elle s'établit d'emblée. Dans l'observation 63 pourtant les selles persistent molles et déformées par la présence de la tumeur prérectale.

Tous ces signes que nous venons de décrire peuvent d'ailleurs manquer, surtout, semble-t-il, lorsque la réaction péritonéale est lente, la crise survenant au cours de lésions chroniques. C'est fréquemment le cas chez la femme et un coup d'œil jeté sur les observations féminines contenues ici est des plus significatifs.

Un examen méthodique est alors le seul juge.

L'examen de l'abdomen apprendra en général peu de chose, le ventre excavé et dur au début est plus ou moins ballonné dans la suite. Il est cependant un détail clinique délicat que notre maître M. Walther a observé et qu'il nous a bien appris à connaître, c'est l'aspect du ventre.

A simple vue, comme il est dit dans l'observation 1, le ventre paraît remonté, et ce, en dehors de tout ballonnement, comme si les viscères étaient refoulés au-dessus du bassin. Le ballonnement est en effet ordinairement médiocre et la palpation ne révèle aucun empatement. Parfois pourtant en appuyant profondément on sent un empatement vague, beaucoup plus rarement le cordon appendiculaire, car on sait ce qu'il y a de faux dans cette sensation : dans l'observation 9 on le sentit là où il n'était point du tout. Cette manœuvre est d'ailleurs douloureuse et doit être autant que possible prescrite de crainte de provoquer la rupture du foyer.

La percussion donne de la sonorité partout, sauf dans les cas où il existe un abcès volumineux dépassant en haut l'excavation. Dans

les cas les plus fréquents on perçoit seulement un peu de matité au-dessus de l'arcade crurale ou du pubis ; dans l'observation 1 on trouvait à ce niveau une petite zone de submatité.

Le toucher donne ici des renseignements plus précis. Le toucher rectal, seul mode d'exploration chez l'homme, est pratiqué assez souvent chez la vierge de préférence au toucher vaginal. On aura tout avantage à l'aider d'une main abdominale qui cherchera à déprimer la région cœcale. Le doigt introduit dans le rectum chez l'homme rencontre au-dessus du sphincter la saillie élastique de la prostate. C'est un peu au-dessus du bord supérieur de la prostate, souvent assez haut et le plus souvent sur la région droite du rectum qu'on rencontre l'appendice ou le foyer péri-appendiculaire. Chez la femme l'exploration vaginale aura besoin d'être mieux aidée encore par la main abdominale, une grande attention et une analyse minutieuse seront nécessaires pour tirer profit de ses sensations.

Les signes perçus varient essentiellement d'ailleurs suivant la forme envisagée. Dans le cas d'appendicite légère le toucher rectal pratiqué par Jalaguier lui a permis fréquemment, dit-il, « de sentir une induration dans la région du bassin occupée par l'appendice » ; chez les enfants, il a même pu reconnaître avec le secours de la main abdominale l'appendice tuméfié et douloureux.

L'appendicite plastique donne lieu par le toucher à des sensations beaucoup plus nettes. Ce n'est plus, en effet, un simple cordont, mais un foyer dur et résistant que l'on sent ici immobilisé soit dans le cul-de-sac de Douglas, soit dans le cul-de-sac latéro-rectal, à bout de doigt au-devant de l'articulation sacro-iliaque dans certains cas. Sur cette surface plus ou moins étendue le doigt trouve d'ordinaire un point plus sensible où la douleur très marquée irradie dans l'abdomen jusqu'à l'épigastre (obs. 1). Au cours de l'évolution, lorsque la péritonite entre en voie de résolution le foyer diminue, s'efface, se réduit à un point qui traduit une adhérence rectale ; suivant les cas, ce point persiste ou disparaît ; mais dans d'autres cas il y a transformation en forme suppurée.

Lorsque le foyer est suppuré primitivement ou secondairement, c'est-à-dire lorsqu'il n'y a pas seulement un peu de pus entre des adhérences, mais un abcès collecté, la consistance perçue aux mêmes points que précédemment n'est plus la même, elle est beaucoup plus molle. Esnault la décrivant (1) compare la sensation obtenue à celle que donnerait du carton mouillé, c'est une « tumeur mollasse ». Cette description trop sommaire n'est pas toujours exacte, dans certains cas la tumeur n'est pas seulement mollasse, elle est rénitente (obs. 6). Il est alors nécessaire de s'aider de la main abdominale et l'on peut ainsi se renvoyer la sensation de fluctuation ; cette sensation est naturellement d'autant plus facile à percevoir que l'abcès est plus volumineux.

Lorsque l'abcès est peu volumineux, la résolution peut survenir. Renvers (2) a prouvé à diverses reprises la disparition du pus, dans des cas où la présence de celui-ci avait été précédemment établie par la ponction. Mais parfois l'abcès, loin de diminuer, augmente de volume ; dans ces cas la saillie rectale de la poche augmente et la fluctuation devient souvent plus évidente, le pus se rapprochant du doigt.

Les signes généraux suivent une évolution parallèle à celle des lésions de l'appendice. Dans les cas où il y a collection purulente enkystée l'élévation de la température est plus persistante ; elle ne dépasse pas d'ordinaire 38° à 39° et, comme cette température est atteinte souvent dès le début, elle se borne à s'y maintenir avec de légères oscillations. Quelquefois, au contraire, une ascension à 40° et plus, aux deuxième ou troisième jours, marque la formation du pus (obs. 4). Dans certains cas pourtant elle s'abaisse un peu au-dessous de 38° sans que pourtant on doive abandonner l'idée de l'existence ou de la formation du pus ; l'augmentation de fréquence du pouls signalée par Jalaguier suffirait, même avec cet abaissement de température. L'aspect du malade ne doit pas être

(1) ESNAULT, p. 55, V. *Index*.

(2) RENVERS, cité par BRUN, p. 128,

négligé ; enfin dans certains cas difficiles la méthode de Rotter exposée au traitement pourra rendre service.

Dans la péritonite plastique la résolution survient souvent aux cinquième ou huitième jour, quelquefois plus tard, au dixième jour ; la température qui s'était élevée parfois jusqu'à 39°,5, s'abaisse alors et revient à la normale.

Enfin, dans l'appendicite légère, sans péri-péritonite, la crise a une durée limitée parfois à quelques heures, et souvent les signes évoluent sans aucune élévation de température. Dans ces cas, on le conçoit, la crise est extrêmement atténuée.

2° Appendicite chronique type Brun et Walther. — Ce sont ces crises atténuées qui constituent la forme chronique de Brun (1) et Walther, cette forme est donc bien différente de la forme chronique récidivante des auteurs, qui n'est en somme qu'une forme d'appendicite à répétition.

La forme chronique de Brun et Walther présente au contraire un caractère clinique bien marqué. On peut en être atteint sans avoir jamais présenté de crises franches d'appendicite. Les sujets qui présentent cette forme sont habituellement considérés et traités comme des dyspeptiques. Leur appétit est irrégulier et il en est de même de leurs digestions, ils sont sujets à des troubles intestinaux, se manifestant par de la diarrhée et des coliques passagères (obs. 1), ou bien encore à des indigestions s'accompagnant de la sensation de barre épigastrique déjà notée et décrite par Mélier (1827). Ces indigestions auxquelles le malade trouve toujours un prétexte alimentaire ou autre, ne sont autre chose que de petites crises provoquées habituellement par des écarts de régime. Peut-être faudrait-il faire aussi une certaine place dans cette histoire à la douleur névralgique siégeant à la partie inférieure de la fosse iliaque, douleur pelvienne si facilement mise sur le compte d'une névralgie ovarienne, ainsi qu'aux troubles menstruels évoluant avec des

(1) Voir BRUN et JALAGUIER.

annexes saines ; l'observation clinique manque encore de détails à ce sujet (obs. 49). Brun, Jalaguier et notre maître M. Walther ont montré, au cours de leurs communications sur l'appendicite chronique, combien ces états dyspeptiques étaient suspects : chez les sujets qui en sont atteints il convient d'examiner soigneusement la région appendiculaire. Ici le diagnostic sera encore plus délicat, seuls la pression abdominale très basse, le toucher rectal aidé de la main abdominale permettront de réveiller une douleur à irradiation épigastrique, signe suffisant pour établir le diagnostic d'appendicite. Dans l'observation 51, la palpation au-dessus de l'arcade crurale et le toucher vaginal ont suffi à notre maître M. Walther pour faire un diagnostic d'appendicite que l'opération justifia pleinement.

L'appendicite tuberculeuse emprunte souvent l'aspect clinique de la forme chronique ; mais elle pourrait aussi revêtir le type inflammatoire (Monod et Vanverts). Son évolution vers les fistules intarissables, à orifices multiples, permet parfois le diagnostic, mais dans la forme hypertrophiante la tumeur est habituellement prise pour un cancer au début.

3° Formes graves. — Le toucher rendra également de grands services dans la forme septique diffusée, décrite par Jalaguier et Brun (1). Bien que nous n'ayons aucune observation de cette forme, nous avons tout lieu de supposer qu'elle peut se produire ici comme dans toute autre situation de l'appendice.

Dans cette forme la réaction péritonéale inflammatoire est peu marquée, les signes d'intoxication suraiguë dominant. Les vomissements sont peu fréquents, la constipation est remplacée par une diarrhée fétide. La douleur locale n'est jamais très marquée, elle disparaît d'ailleurs rapidement : le malade est dans un état de béatitude et d'indolence particulier, ne souffrant pas. Le météorisme est à peine marqué. La température qui au début, pendant les

(1) *Loc. cit.*

premières vingt-quatre heures, a atteint 39°, s'abaisse à 37° pour finir à 36°, le pouls est irrégulier et rapide, le facies plombé, les conjonctives subictériques. La mort survient avec une rapidité surprenante, parfois au bout de trente-six heures, quelquefois au quatrième ou au cinquième jour, dans des symptômes de collapsus. Pourtant une opération tentée rapidement pourrait parfois encore sauver le malade ; nous avons assisté l'an dernier à un cas analogue opéré par notre maître M. Walther et suivi de guérison. Le diagnostic rapide est donc nécessaire.

L'exploration du ventre ne donnera que rarement un peu de matité ou de submatité au-dessus des arcades crurales ; le toucher permettra de sentir dès le début soit une petite collection, soit l'appendice lui-même ; il ne faudra pas toutefois compter ici sur la douleur réveillée par la pression de l'appendice ; elle est ici absente en raison de l'indolence générale du malade. Un peu plus tard les signes seront encore plus nets et l'on percevra nettement à ce moment la réplétion des culs-de-sac péritonéaux.

Nous ne parlerons que pour mémoire de la péritonite généralisée non suppurée (Monod et Vanverts) forme assez rare et qui ne présente ici rien de particulier en dehors de l'indication obligatoire du toucher.

La péritonite suppurée généralisée d'origine pelvienne peut donner au début des signes pelviens, mais l'origine pelvienne disparaît rapidement au milieu des autres signes : le tableau général domine, la mort survient du deuxième au sixième jour ; dans cette forme comme dans la forme généralisée, enkystée, la suppuration pelvienne n'est, nous le répétons, qu'un épisode.

CHAPITRE VII

Pronostic et Complications.

OUVERTURES DIVERSES.¹ — GRAVITÉ

Le pronostic est, on le voit, très variable suivant la forme considérée. Mais ce qu'il est bon d'ajouter, c'est que dans aucune de ces formes le malade ne peut être considéré comme à l'abri de complications menaçantes à venir. Toutefois Barnsby considère la forme chronique, dont il s'est occupé, comme une forme favorable bénigne d'appendicite.

Les complications sont surtout le fait de l'abcès. La plus menaçante et la plus grave est certainement l'effraction de la poche et la péritonite purulente généralisée consécutive. Cette effraction peut être spontanée consécutive à l'exercice ; elle peut être aussi le fait du chirurgien lorsque, la localisation pelvienne n'ayant pas été diagnostiquée, on attaque le foyer par son plafond. Ce mode de propagation serait cependant assez rare, d'après Jalaguier, et la diffusion de l'infection s'effectuerait souvent simplement de proche en proche. Il y a tout lieu de le redouter quand l'abcès est volumineux, donnant en haut des signes abdominaux droits, gauches ou médians.

Cette complication est annoncée d'ordinaire par le retour du hoquet du début qui devient persistant ; les traits s'altèrent et le facies prend l'aspect péritonéal grippé ; ces symptômes frapperont d'autant plus que le début aura été plus bénin. La palpation méthodique et répétée du ventre révélera souvent l'existence d'une douleur et d'un empâtement en un point primitivement indemne, indice de l'envahissement de l'infection. Enfin, dans certains cas

l'infection secondaire se révèle par un abaissement brusque de température coïncidant avec l'aggravation de l'état du poulx.

Dans des cas moins graves l'effraction se produit dans les réservoirs pelviens ou dans le vagin. L'ouverture dans le vagin n'est précédée ordinairement d'aucun signe particulier ; elle est suivie, disent les malades, de l'écoulement par cet organe d'un liquide gris sale, qui n'est autre que le pus de la poche ; cet écoulement persiste un temps variable et se tarit peu à peu (obs. 40, 53).

Parfois l'ouverture est insuffisante ; des signes de rétention surviennent qui obligent le chirurgien à intervenir. C'est le cas dans nos deux observations (obs. 35 et 40). Dans l'observation 35, la perforation vaginale s'est produite après une intervention iliaque droite ; ces deux ouvertures furent insuffisantes : on fut obligé de pratiquer une seconde incision iliaque gauche ; malgré ce, la mort survint le lendemain.

L'ouverture dans la vessie serait ordinairement précédée, d'après Masson (1), de phénomènes de cystite, l'infection gagnant préalablement la muqueuse de dehors en dedans. Parmi les observations que nous reproduisons ici, une seulement, l'observation 43, a trait à une ouverture exclusivement vésicale ; elle se termina par guérison, après une large ouverture du foyer. Cette ouverture est néanmoins de beaucoup la moins favorable des ouvertures inférieures (voir Pascal, Masson, Wladoff) (2) ; car si la guérison peut s'ensuivre, l'infection secondaire des voies urinaires a été parfois observée ; dans notre observation 61 la mort survint.

L'ouverture rectale lui est de beaucoup préférable ; elle est ordinairement précédée de ténesme rectal ; dans l'observation 4, où il y eut en même temps ténesme vésical et rectal, l'abcès s'ouvrit dans le rectum. On a noté dans certains cas avant l'ouverture un écoulement glaireux, qui paraît traduire un certain degré d'inflammation. L'ouverture est suivie de l'écoulement d'un pus très fétide, et la guérison survient ensuite dans un temps variable, mais en

(1) DAMIEN MASSON, voir *Index*.

(2) Voir *Index*.

général très court. La guérison sans complications est la règle dans toutes les observations que nous avons parcourues. L'ouverture rectale serait donc plutôt une terminaison favorable qu'une complication.

Parfois l'ouverture inférieure s'est produite malgré l'incision abdominale préalable (obs. 58 et 61).

Nous rapportons ici une observation d'ouverture double s'étant opérée dans le rectum et dans la vessie ; la guérison survint après intervention (obs. 55). Jalaguier rapporte un cas analogue suivi de guérison.

Nous rapportons également un cas d'ouverture triple s'étant effectuée dans la vessie, dans le rectum et à la peau ; la guérison survint spontanément (obs. 18).

Ce sont là des faits plutôt rassurants sur la gravité de ces ouvertures viscérales, même compliquées. Est-ce à dire qu'il n'y a jamais de terminaison fatale, ni d'infirmités consécutives ? Ce n'est point ce que nous prétendons ! Nous avons vu plus haut que cette terminaison fatale pouvait parfois se produire malgré des ouvertures multiples (1) (obs. 35).

Quant aux infirmités consécutives, si elle existent, elles doivent être bien rares, car on en rencontre bien peu de mentions, seules les ouvertures vésicales nous ont paru y donner lieu. Dans certains cas on note une certaine difficulté à se servir de la jambe droite (obs. 7, 8, 62).

Nous avons dit déjà à propos de l'observation de Villar ce que nous pensions de la perforation du bassin. Il nous reste à dire un mot des autres complications de l'appendicite pelvienne.

Lorsqu'il y a coexistence d'annexite ou annexite consécutive, les signes de celle-ci se surajoutent à la maladie : la dysménorrhée, les troubles menstruels, la douleur utérine, les pertes muco-purulentes viennent compliquer le tableau. Enfin nous avons déjà dit que Treub avait observé et décrit des cas de périmétrite d'origine

(1) VILLARET, voir *Index*.

appendiculaire, Roux en rapporte également un cas; leur coïncidence avec une appendicite contribue évidemment à masquer les sensations obtenues par le toucher.

Il va sans dire que l'appendicite pelvienne n'est pas exempte des complications générales inhérentes à l'appendicite normale: pyléphlébites, complications pulmonaires, rénales, parotidiennes, etc.

Ces diverses complications examinées, il nous reste une question à nous poser: quelle est la gravité relative de cette forme anormale d'appendicite par rapport aux autres?

Nous sommes à ce sujet dépourvus de statistiques. Pour Esnault et pour M. Broca l'appendicite pelvienne est plus grave que les autres formes.

Il importe de distinguer soigneusement l'abcès pelvien propagé (obs. 54) de l'abcès pelvien péri-appendiculaire qui fait l'objet de cette étude. Le premier est un signe d'ensemencement multiple, c'est évidemment un incide grave. Le second ne nous paraît pas plus grave qu'une autre localisation, son isolement naturel dans le pelvis nous paraîtrait même plutôt un facteur de moindre gravité. Esnault a parmi ses observations un chiffre assez élevé de mortalité, mais ne voyons-nous pas que le diagnostic souvent méconnu et le traitement insuffisant qui en est la conséquence sont, de l'aveu même d'Esnault (1), les grands facteurs d'aggravation; peut-on affirmer que l'ouverture du foyer par l'abdomen n'est pas cause d'aggravation du pronostic? Il dépend donc du chirurgien de changer par un diagnostic précis et un traitement rationnel le pronostic de cette forme d'appendicite.

(1) ESNAULT, p. 57; BROCA, *l'Appendicite*, voir *Index*.

CHAPITRE VIII

Diagnostic.

ERREURS DIVERSES ; SIGNES DU DIAGNOSTIC POSITIF

Le diagnostic positif est loin d'être aussi facile qu'on serait tenté de le croire après lecture des signes indiqués par Dormoy et Barnsby. Il n'est pourtant pas impossible, et nous voyons qu'en somme dans la majorité des cas les signes généraux d'appendicite ont suffi à faire faire le diagnostic de l'affection ! Le diagnostic de la position a été beaucoup plus rare. Dans certains cas enfin assez nombreux il y a eu erreur de diagnostic et dans d'autres l'hésitation a été très marquée.

L'erreur la plus facile est la confusion avec une affection des annexes, elle est fréquente. Les signes de pelvi-péritonite sont les mêmes dans les deux cas, la douleur peut être exactement au même siège (obs. 49). La dysménorrhée, quoi qu'en dise Barnsby, n'est pas un signe suffisant de diagnostic (obs. 47 et 49). En revanche, la persistance des douleurs dans l'intervalle des règles nous paraît un meilleur signe en faveur de l'appendicite. Mais n'oublions pas ici que l'annexite peut exister concomitamment.

Le diagnostic est rendu plus difficile encore lorsqu'il y a adhérence de la tumeur avec l'utérus ; la douleur utérine n'est même pas toujours un élément de diagnostic : car dans les observations 37 et 38, l'utérus fut trouvé douloureux. On sera plus heureux lorsque l'appendice adhérent au cul-de-sac vaginal pourra être nettement senti.

Dans deux cas (obs. 37 et 45) le diagnostic porté fut kyste de l'ovaire : dans l'un, il y avait coïncidence de grossesse (obs. 37), dans l'autre, la tumeur sentie était formée par l'adhérence de l'appendice avec l'intestin et l'épiploon.

Dans un cas, le diagnostic porté a été occlusion intestinale : on sait aujourd'hui ce qu'il faut penser de l'occlusion intestinale, elle est devenue très rare depuis qu'on a mieux appris à connaître les paralysies intestinales au cours de péritonite.

Le diagnostic de coliques néphrétiques porté ici deux fois (obs. 39 et 40) prend de l'importance lorsque la crise s'accompagne d'irradiations inguinales et testiculaires ; le toucher rectal révélant les lésions de l'appendicite est alors très nécessaire.

L'anurie coexistant avec le ténesme et la tuméfaction hypogastrique a pu dans l'observation de Lejars (obs. 12) égarer complètement le diagnostic et faire penser à la rétention d'urine. Seule, l'analyse de l'évolution aurait pu ici servir le diagnostic.

La prostatite mentionnée par Esnault ne peut guère donner lieu à erreur ; son siège est beaucoup plus rapproché de l'anus et il sera le plus souvent très facile de se rendre compte du siège prostatique de la tuméfaction.

La hernie interne rétro-vésicale de Saniter, qui se produit dans le cul-de-sac péritonéal de Zuckerkandl est une affection très rare ; son étranglement serait évidemment très difficile à diagnostiquer du cas qui nous occupe. Dans le cas de Saniter, l'étranglement herniaire ne fut d'ailleurs reconnu qu'à l'autopsie.

Jalaguier rapporte un cas où il faillit conclure à une appendicite pelvienne : c'était une rétention de règles par imperforation de l'hymen.

Il faudra donc éviter l'erreur inverse. L'irradiation épigastrique provoquée par la pression au niveau de l'appendice malade nous paraît dans ces cas délicats un précieux signe de diagnostic.

M. Walther a coutume de rechercher méthodiquement cette irradiation, il nous a appris à la connaître et dans les nombreuses appendicites examinées à Dubois au cours de l'année qui vient de

s'écouler, nous l'avons constamment retrouvée. Nous estimons que la recherche méthodique de ce signe est destinée à rendre en clinique de grands services ; il pourra notamment permettre parfois le diagnostic entre l'appendicite chronique et la névralgie ovarienne chez la femme.

Nous lui ajouterons l'allure de la crise elle-même, débutant à la suite d'un écart de régime ; l'influence des purgatifs lorsque ceux-ci auront été prescrits par hasard, sera presque un signe pathognomonique (obs. 42) ; Bouilly insiste avec juste raison sur le caractère dramatique de la crise.

Dans certains cas, le diagnostic d'appendicite est établi par exclusion ou par considération de l'allure générale, mais sans le secours des signes pelviens spéciaux ; ce diagnostic sera insuffisant et on s'exposera à des erreurs de traitement, si l'on n'y ajoute pas celui de la localisation. Les signes de pelvi-péritonite décrits précédemment, l'examen soigneux de la fosse iliaque, suffiront à mettre sur la voie. Le toucher, qu'on hésite trop souvent à pratiquer, achèvera ce diagnostic. Dans les formes chroniques, il permettra le diagnostic avec une dyspepsie trop facilement admise et expliquée. Dans les formes aiguës il révélera la variété à laquelle on a affaire.

Dans le cas d'abcès, il faudra en surveiller soigneusement l'évolution : l'apparition d'une légère matité à la partie inférieure de l'abdomen sera une indication d'intervention rapide.

Enfin, l'ouverture rectale, vésicale ou vaginale donnera difficilement lieu à confusion avec une rectite, une cystite ou une métrite, l'évolution et la fétidité du pus au cas d'appendicite ne permettent guère cette erreur.

CHAPITRE IX

Traitement.

OPÉRATION A FROID; DIVERS MODES D'OUVERTURE DE L'ABCÈS; DRAINAGE PELVIEN

Le traitement de l'appendicite pelvienne s'est naturellement ressenti des modifications apportées au traitement de l'appendicite en général.

Il y a quelques années encore et au moment même où paraissaient les derniers travaux sur l'appendicite pelvienne, l'indication dominante était l'urgence de l'opération dans tous les cas. Mais des changements sont survenus depuis, dans la manière de voir des chirurgiens; on s'est peu à peu aperçu que les résultats répondaient mal aux espérances conçues et à l'ère de l'opération à chaud succède l'ère de l'opération à froid.

Voici, à ce sujet, quelques statistiques qui parlent mieux que tout autre raisonnement. De 1896 à 1900, Rotter a reçu dans son service, à l'hôpital Saint-Hedwig, 371 appendicites à chaud, qui ont donné, sans intervention 42 décès, soit un pourcentage de 11,3 p. 100. Durant le même laps de temps, il a opéré 132 appendicites en cours d'accès qui lui ont donné 28 décès, soit un pourcentage de 21 p. 100 pour les interventions à chaud. Au contraire, sur 83 appendicites opérées dans l'intervalle des crises, il n'a pas eu un seul décès. Additionnant les chiffres des interventions, il a donc en tout 28 décès sur 215 opérations, soit 13 p. 100.

Jetons maintenant un coup d'œil sur les chiffres de Sonnenburg (1)

(1) SONNENBURG, cité par ROTTER.

qui opère plus souvent à chaud; voici ceux qu'il publie dans la troisième édition de son ouvrage : il a opéré 196 appendicites à chaud, 39 seulement à froid, aussi sa mortalité totale est-elle de 191/2 p. 100 là où celle de Rotter n'est que de 13 p. 100. Sur 196 interventions à chaud, il a 40 décès, ce qui donne 23 p. 100 pour ce dernier mode d'intervention.

Ces chiffres viennent à l'appui de ceux publiés cette année même par Broca, dans sa claire et précise monographie. Jusqu'en 1896, cet auteur opérait à chaud; sur 87 opérations hâtives, il a eu 22 décès, c'est-à-dire un chiffre plus défavorable encore que celui de Sonnenburg. De 1896 à 1898 il se laisse gagner à la pratique de M. Jalaguier, il n'a plus que 10 décès sur 84 opérations, et encore 7 de ces décès concernent-ils des malades opérés d'urgence dans un état désespéré de pleine péritonite.

Voilà ce que disent les statistiques.

C'est donc ici comme ailleurs à l'opération à froid, dans tous les cas où elle sera possible, que nous nous rallierons avec notre maître M. Walther et nous distinguerons dès à présent les cas où la temporisation est possible et les cas où une situation grave, menaçante, commande l'intervention.

1^{er} cas. La temporisation est possible; on fait l'ablation à froid.

2^e cas. Il y a une collection menaçante qu'il faut ouvrir; comment faut-il l'ouvrir?

3^e cas. Il y a du pus ou de la sérosité partout; faut-il faire un drainage spécial du petit bassin?

PREMIER CAS. — La temporisation est possible, on fait l'ablation à froid de l'appendice pelvien enflammé.

Ici, comme dans les autres formes d'appendicites, les cas où la temporisation est possible restent les mêmes. Ce sont les cas avec péritonite enkystée n'ayant aucun caractère menaçant immédiat :

Le malade sera mis immédiatement au traitement médical. Le

repos au lit dans le décubitus horizontal sera rigoureux, l'alimentation sera supprimée rigoureusement jusqu'à disparition complète des symptômes alarmants ; pour calmer la soif, on donnera seulement de temps à autre, toutes les heures par exemple, de petits fragments de glace ou quelques cuillerées à café d'une boisson glacée, très légèrement alcoolisée. M. Walther donne une eau minérale faible, l'eau d'Evian, par exemple, à prendre par cuillerée à soupe aux heures. L'immobilisation de l'intestin sera maintenue dès le début des accidents par l'opium à raison de 0,10 centigr. d'extrait pour la journée, réparti par centigrammes : 1 pilule de 1 centigramme toutes les deux heures. Cette médication calmera également les spasmes divers que nous avons étudiés. Si l'opium ne pouvait être absorbé en raison des vomissements, on pourrait le remplacer par le chlorhydrate de morphine en injection sous-cutanée, fractionné : $\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{2}$ centigramme en une fois. A ces médications, M. Brun ajoute 1 gramme de benzo-naphtol. M. Walther, pour compléter ce traitement, y joint l'antisepsie buccale par le nettoyage fréquent de la bouche à l'aide d'une solution naphtolée ; enfin pendant la durée de la diète absolue, il pratique des injections de sérum sous-cutanées. La sonde rectale pour l'évacuation des gaz ne pourra pas toujours être supportée en raison du ténesme.

Mais il ne faut pas que cette médication fasse perdre de vue le traitement chirurgical ; le malade est soumis à une surveillance chirurgicale soigneuse et à la moindre aggravation, on interviendra. Disons tout de suite que la plupart du temps c'est l'inverse qui se passe, sous l'influence d'un traitement approprié, les symptômes alarmants disparaissent peu à peu et la crise se dissipe.

C'est alors à ce moment, au moment où le doigt introduit dans le rectum et aidé d'une main abdominale, ne sent plus le moindre foyer de péritonite appendiculaire, qu'il faut intervenir pour faire l'ablation de l'appendice.

L'incision sera le plus souvent l'incision latérale des appendicites normales ; sur ce point, chaque chirurgien à ses préférences ;

L'incision de Sands sur laquelle nous reviendrons tout à l'heure, au sujet de l'ouverture des abcès, est abandonnée depuis 1891 par son auteur dans les cas ordinaires, peut-être pourrait-on l'utiliser ici. L'incision de Roux, longue de 15 à 18 centimètres, est parallèle à l'arcade de Fallope dans sa première portion, et à la crête iliaque dans sa seconde; elle passe à 1 centim. et demi ou 2 de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Elle rallie actuellement un grand nombre de partisan.

L'incision de Max Schuller, au niveau du bord externe du muscle grand droit, modifiée et réglée par M. Jalaguier, lui paraît supérieure au point de vue de la réfection de la paroi. Voici quels sont ses temps essentiels : incision de 8 à 10 centimètres au niveau du bord externe du muscle grand droit, ouverture de la gaine, du muscle à 1 centim. et demi en dedans du bord externe; on récline le muscle en dedans et l'on incise la face postérieure à 1 centim. et demi environ de l'angle externe de la gaine; de cette façon, le muscle vient s'interposer entre l'ouverture profonde et l'ouverture superficielle.

Enfin dans les cas analogues à l'observation de Fournier, où l'appendice était à gauche, et dans les cas où on aurait pu soupçonner la situation de l'appendice sur la partie médiane du bassin on aura tout avantage à avoir recours à la laparotomie médiane.

Quelle que soit l'incision choisie, on devra la modifier ici pour la faire le plus bas possible, de façon à se rapprocher ici du détroit supérieur et par conséquent du champ d'action. On utilisera le plan incliné de Trendelenburg qui rendra le plus abdominal possible l'appendice pelvien. Le péritoine incisé avec précaution, on aura avantage ici plus que jamais à user de l'artifice d'Elliot, qui consiste à suivre la bandelette longitudinale antérieure du côlon, que l'on a d'ordinaire sous les yeux, ce qui amène à l'origine de l'appendice.

A ce moment commencent souvent les difficultés; il n'est pas rare, comme on peut le voir dans nos diverses observations, que l'appendice adhère par son extrémité très profondément à un

organe pelvien : portion latérale du col utérin, vessie ou rectum, et ce, presque au niveau du plancher pelvien. Après avoir protégé soigneusement les parties voisines à l'aide de compresses stérilisées on opérera alors la section prématurée de l'appendice et on ira à la recherche du bout périphérique, en le décortiquant du mieux qu'on pourra. Voici quel est le procédé de résection, que nous avons vu employer habituellement par notre maître M. Walther avec d'excellents résultats. L'appendice étant lié à un centimètre environ du cæcum, on taille sur la partie saine une manchette péritonéale, que l'on rabat; la section de l'appendice est alors effectuée à l'aide du thermo-cautère; la muqueuse du moignon est ensuite abrasée à l'aide d'une curette d'ophtalmologie et cautérisée pour surcroît de précautions; la manchette péritonéale est suturée en invaginant les bords autant que possible; puis suivant les cas, on pratique l'enfouissement dans la paroi cæcale à l'aide de points de Lembert. Pour assurer une bonne hémostase, des ligatures en chaîne étreignent chaque division vasculaire du méso. Voilà pour le bout cæcal. Mais il est parfois impossible d'énucléer complètement le bout périphérique; le danger toutefois ne sera pas très grand; sans s'en préoccuper davantage on laissera en place la portion toute terminale, en enlevant tout ce qu'on pourra en obtenir, sans causer de délabrements. Un drainage sérieux compensera ce léger inconvénient. Ce drainage sera opéré également toutes les fois qu'on aura lieu de redouter une infection locale, par les liquides septiques épanchés au cours de l'opération. Il sera pratiqué soit à l'aide d'un Mickulicz dans lequel on pourra placer un drain, soit simplement à l'aide de drains ou de gaze stérilisée. De cette façon la guérison s'obtiendra dans les conditions les plus favorables, grâce au bénéfice de l'expectation.

DEUXIÈME CAS. — Il y a une collection menaçante qu'il faut ouvrir; comment faut-il l'ouvrir?

Mais il est des cas où l'expectation ne pourrait avoir que des

résultats défavorables : ce sont ceux où il existe une collection, qui par son accroissement met en danger la grande cavité péritonéale. Dans ces cas une ouverture spontanée peut être une terminaison favorable ; mais elle peut être aussi, nous l'avons vu, grosse de complications ; c'est assez pour qu'elle ne soit pas laissée au gré de la nature. On lui donnera donc issue, d'après les indications posées au diagnostic, dès que son volume et son évolution rendront toute résorption douteuse.

Nombreuses sont les méthodes proposées pour l'ouverture des abcès pelviens appendiculaires ! Certaines ont été pratiquées surtout sur le cadavre.

Au cours de ces diverses méthodes peu d'auteurs semblent s'être préoccupés de la situation des abcès à ouvrir. L'idée du point le plus accessible valait pourtant bien considération et, si nous considérons les extrêmes, un abcès de l'étage anté-utérin est justiciable d'un tout autre traitement que l'abcès du cul-de-sac de Douglas !

Nous décrirons impartialement ici les diverses voies proposées, en faisant à chacune les objections dont elles sont passibles. Nous aurons donc à considérer successivement les incisions abdominales, l'incision parasacrée, les incisions périnéales et enfin les incisions des conduits naturels en contact avec le foyer.

A. — Incisions abdominales. — Elles sont elles-mêmes très variées : elles comprennent une voie transpéritonéale et une voie sous-péritonéale. La voie transpéritonéale comprend elle-même l'incision iliaque habituelle de l'abcès péri-appendiculaire commun, et l'incision hypogastrique.

Chacune de ces incisions peut être indispensables lorsqu'il existe des poches abdominales, communiquant peu, ou ne communiquant pas avec le foyer pelvien.

L'incision iliaque, pratiquée ordinairement par erreur pour chercher un foyer que le chirurgien croyait iliaque, ne peut être qu'un pis-aller dont il vaut mieux s'abstenir. En effet, pour arriver sur le foyer par cette voie on détruira d'ordinaire toute une série d'adhérences protectrices qui le limitent par en haut. Dans

l'observation 11 on dut disséquer le cæcum pendant une heure.

De plus, au cours des manipulations intestinales, on opère, selon l'expression élégante de Vignart, une sorte de brassement qui a pour effet direct, sinon voulu, d'inoculer les anses indemnes et le péritoine voisin. Enfin, le drainage qui s'opère de la sorte ne peut être efficace, puisqu'il s'opère de bas en haut ; il ne faudrait pas non plus trop compter sur le drainage d'appel, par la gaze : les anses qui s'appliquent sur la paroi suffisent à l'intercepter. Nous le répétons, ce n'est qu'un pis-aller, qui n'est pas exempt de dangers. La mort est survenue malgré cette incision dans les observations 24 et 25. Cette voie ne peut donc servir que de contre-ouverture gauche ou droite, au cas où il existerait un foyer bombant de l'un ou de l'autre côté.

La voie hypogastrique a des indications très précises : si l'on consulte les observations 27 et 56, on voit qu'elle a été employée dans des cas où l'on espérait par cette voie arriver plus rapidement sur le foyer. Elle est justiciable des mêmes objections que la précédente voie ; le drainage s'y fait de bas en haut. C'est pourtant la seule voie possible chez la femme au cas d'abcès situé dans le cul-de-sac antérieur.

La voie sous-péritonéale, suivie par Broca dans l'observation 12 de la thèse d'Esnault et adoptée aussi par Gouilloud, constitue une grande amélioration des deux méthodes précédentes. L'incision suivie est l'incision que Sands avait d'abord adoptée pour la résection de l'appendice en situation normale : c'est l'incision de ligature des vaisseaux iliaques. On incise donc à 10 millim. environ au-dessus de l'arcade crurale, et parallèlement à elle ; puis on décolle le péritoine jusqu'au détroit supérieur, de façon à aller inciser l'abcès le plus bas possible ; on évite ainsi l'ouverture de la grande cavité péritonéale, et, d'autre part, on se place à un niveau inférieur plus près de l'abcès. Ce niveau est pourtant encore trop élevé, et cette incision n'échappe pas, on le voit au reproche de drainer de bas en haut. Une contre-incision au point déclive sera parfois nécessaire, ou bien elle se fera d'elle-même comme nous le voyons dans

quelques observations, et on aura perdu le bénéfice de son incision. De plus, elle est passible de deux nouvelles objections, au point de vue des commodités opératoires. L'opérateur agit au fond d'une sorte de tunnel, où il voit mal; d'autre part Bouilly, en 1886, a insisté, à la tribune de la Société de Chirurgie, sur les difficultés qu'il y a parfois à décoller le péritoine au voisinage d'un foyer de suppuration, autant de raisons qui militent pour faire abandonner cette incision.

La statistique de Rotter est très nettement défavorable à l'ouverture abdominale: sur 9 cas opérés ainsi Rotter compte 3 décès; « l'un s'est produit au cours d'un abcès pelvien, isolé, non diagnostiqué d'ailleurs; la mort est survenue dans les jours suivants; dans les 2 autres cas, il y a vait concomitance d'un abcès iliaque: la mort est survenue par péritonite diffuse avec une telle rapidité chez l'un, qu'on eût dit qu'un gros abcès s'était ouvert dans la cavité péritonéale ».

B. — Voie parasacrée. — Avec la voie parasacrée commencent les théories et les recherches d'amphithéâtre.

Dès 1880 Bardenheuer pratiquait le drainage pelvien par la voie postérieure, mais il réséquait le sacrum; en 1890, Hegar ouvrait par cette voie les abcès pelviens sans résection du sacrum, mais avec résection du coccyx. L'incision parasacrée appartient à Zuckerkandl qui la pratiqua dès 1889 pour l'ablation des organes génitaux; Woelfler et Kufferath la modifièrent successivement; mais c'est Jaboulay qui eut l'idée d'appliquer cette incision à l'appendicite. Sa technique était la suivante: incision de 10 centim. le long du bord du sacrum, section du grand fessier et des ligaments sacro-sciatiques pour atteindre le cul-de-sac péritonéal que l'on ouvre et où l'on met un drain. Jaboulay appliquait cette méthode non pas aux abcès pelviens, mais à certaines formes de péritonite généralisée. M. Morestin s'éleva justement dans sa thèse contre cette pratique: « Il en serait tout autrement, ajoutait-il, s'il s'agissait de drainer un foyer pelvien. On peut dans ces conditions faire œuvre bonne et véritablement utile en évacuant cette

collection par sa partie déclive et par le plus court chemin qui est la voie sacrée. »

Un an après cet auteur, Frœlich revint sur la question, mais avec une méthode nouvelle.

Partant de ce principe que sur le sujet en décubitus dorsal le point le plus déclive correspond au côté droit de la concavité du sacrum, Frœlich à la suite des auteurs précédents propose l'ouverture parasacrée, mais modifiée de la façon suivante :

Une sonde étant introduite dans le rectum, il reconnaît le bord droit du sacrum et incise au ras de ce bord de l'épine iliaque postérieure et supérieure à la partie la plus saillante de la tubérosité ischiatique sur une étendue de 6 à 7 centim. ; il coupe le grand fessier près de ses insertions, pénètre alors le long du bord inférieur du muscle pyramidal sur la face supérieure du petit ligament sacro-sciatique ; on doit passer à ce niveau entre le 3^e et le 4^e trou sacré, plus près du 4^e ; ce temps opéré, on attire le péritoine à l'aide d'une pince à griffe et on l'ouvre. Sur les sujets maigres on peut attirer la séreuse jusqu'au contact de la peau et invaginer la peau pour éviter toute infiltration. Au cours de l'opération il sera nécessaire de raser soigneusement le sacrum pour éviter de blesser les vaisseaux ischiatiques et les vaisseaux honteux internes qui passent à ce niveau sous le bord du pyramidal ; les vaisseaux internes distants du sacrum de 2 à 3 centim. seulement sont surtout en danger ; le nerf sciatique est beaucoup plus en dehors.

Lorsqu'il y aura laparotomie préalable, Frœlich conseille d'opérer de dedans en dehors, après reconnaissance préalable du sacrum, et à l'aide d'une pince de Wœlfle armée d'un drain.

Cette technique telle que nous venons de la décrire a pour avantage sur la précédente de ne pas causer de délabrements. Frœlich a traité ainsi récemment avec succès un abcès pelvien d'origine appendiculaire. Koch a rapporté l'an dernier dans le *Munchner medical* deux cas de succès sur trois cas traités par le drainage parasacré. Il n'est pas permis de conclure d'après aussi peu de

cas. Malgré les succès ainsi obtenus, il est à craindre que ce drainage soit parfois insuffisant, la tonicité du pyramidal comprimant le drain sur la résistance du petit ligament sacro-sciatique. De plus, quoi qu'en ait dit Frœlich, l'opération est périlleuse, difficile à bien conduire ; on manque de points de repère et on court le risque de rencontrer sous son bistouri ou son instrument des organes importants.

Que dire alors des autres techniques ? Elles causent des délabrements bien grands et la section des muscles, la destruction des ligaments qu'elles opèrent sont certainement loin d'être inoffensives.

Jaboulay ne pratiqua qu'une fois le drainage parasacrè tel qu'il le préconisait, il s'en repentit et d'ailleurs le malade mourut.

C. — **Voie périnéale.** — Après examen des procédés précédents qu'il trouve rationnels mais trop difficiles, Mauclaire a proposé la voie suivante :

Son incision est celle de la taille prérectale de Nélaton : courbe à concavité postérieure passant entre le rectum et l'urèthre, un doigt caoutchouté introduit dans le rectum sert de cathéter ; puis on suit la paroi rectale antérieure en passant sous la prostate et les vésicules séminales et on accroche le cul-de-sac. Mauclaire a eu l'impartialité de faire lui-même à sa méthode les objections qu'elle soulève ; parlant du cul-de-sac péritonéal, il dit : « Mais celui-ci fuit souvent sous le doigt ; à cette profondeur on agit à l'aveugle, même lorsqu'un aide appuie sur la région hypogastrique, ce qui rend le cul-de-sac moins fuyant. Cependant dans la moitié des cas nous avons par cette voie directe ouvert très facilement le cul-de-sac péritonéal. »

Pour parer à cet inconvénient il propose alors l'incision hypogastrique et l'effondrement par en haut du cul-de-sac. Cette effraction par en haut du foyer pelvien tombe sous l'objection que nous avons faite aux incisions abdominales : elle brasse les anses et court le risque de provoquer l'infection de la grande cavité. D'après Delanglade qui a pratiqué cette méthode, on pourrait se

passer de l'ouverture hypogastrique ; pour éviter l'inconvénient signalé par Mauclaire il suffirait de reprendre le bistouri au moment où on approche du cul-de-sac. Mais indépendamment de ce détail l'incision prérectale est difficile et n'est pas sans danger : quelques artérioles anormalement développées peuvent se trouver sous le bistouri et il ne faut pas oublier que dans cette région les paquets veineux sont abondants. Mauclaire a rencontré souvent assez près de son bistouri un paquet veineux accolé à la base de la vessie. Contre ces inconvénients il propose une simple ponction suivie de la dilatation avec une pince. Cette pratique même n'écarte pas tout danger et toute difficulté.

Cette méthode présente-t-elle au moins des avantages qui compensent ces difficultés ? Delanglade a publié il y a quelques jours, à la Société de chirurgie, 3 cas traités par cette méthode, l'un fut suivi de mort et est hors de discussion, car il y avait péritonite généralisée ; sur les deux autres, l'un reste porteur d'une fistule qui ne céda qu'au bout de cinq mois à la dilatation (obs. 58) ; l'autre était encore sans résultat connu au moment de la publication. Rotter a pratiqué 11 fois l'incision prérectale et a eu un décès ; actuellement, il lui préfère l'ouverture rectale telle que nous la décrirons plus loin.

A la suite de recherches d'amphithéâtre purement théoriques, Pollosson a proposé l'incision ischio-rectale. Par cette méthode il est nécessaire, on le conçoit, de traverser le releveur de l'anus ; cette condition nous paraît mauvaise pour la sécurité du drainage. De plus l'abord est pénible et dangereux, pour peu que le sujet soit gras les difficultés deviennent grandes et le chirurgien ne peut se donner du jour sans blesser sûrement un organe important de la région périnéale.

D. — Ouverture par les conduits naturels en rapport avec le foyer. — C'est l'ouverture choisie par la nature, elle présente à la fois l'avantage du point le plus déclive et du point le plus accessible.

Si nous parcourons les observations, nous voyons rapidement que le nombre des ouvertures rectales spontanées est beaucoup plus considérable que celui des ouvertures vaginales.

Nous allons étudier la valeur pronostique de chacune de ces ouvertures.

Ouverture vaginale. — Dans un mémoire original paru en 1898 dans les *Archives de médecine*, MM. Monod et Vanverts préconisent l'ouverture vaginale. Sans doute, cette incision est très compréhensible lorsque le foyer vient bomber au niveau du cul-de-sac vaginal, mais ces auteurs ne bornent pas là son indication. « Il suffit, disent-ils, qu'on puisse l'atteindre par cette voie pour qu'on se croie autorisé à y avoir recours (1). » Ils ne font de réserve que pour l'âge de la malade; l'étroitesse du vagin chez la petite fille ne pouvant donner lieu à une incision suffisante.

Pour pratiquer cette ouverture après incision du vagin au niveau du cul-de-sac postérieur ou du cul-de-sac postéro-latéral, suivant les cas, on effondre la paroi de l'abcès avec le doigt; si c'est impossible, on la ponctionne avec un instrument mousse ou un bistouri boutonné maintenu au contact de l'utérus. On place dans la plaie deux gros drains rigides. Les suites sont extrêmement simples, il suffit de changer la gaze tous les jours, l'écoulement du pus s'effectue régulièrement. Il est rare qu'on soit obligé de faire passer un liquide faiblement antiseptique à travers les drains pour les désobstruer. La guérison s'effectuerait rapidement 15 ou 30 jours après l'opération.

Ce procédé, on le voit, paraît donc de prime abord ne présenter que des avantages. Les auteurs reconnaissent pourtant eux-mêmes qu'il est susceptible de deux complications : l'hémorrhagie au cours de l'opération et la fistule stercorale; cette dernière serait même plus fréquente dans le cas qui nous occupe, c'est-à-dire lorsque l'appendice est dans l'abcès, mais cette fistule se fermerait en général sans qu'on ait à intervenir. Ces deux complications

(1) *Loc. cit.*, note.

valent pourtant considération. En outre, si nous parcourons les cinq observations annexées au mémoire de MM. Monod et Vauverts, nous voyons que seule l'observation IV est concluante. Dans les trois premières observations, l'incision vaginale ne fut qu'une contre-incision. Dans l'observation V, il y eut ouverture vaginale spontanée qui devint insuffisante, M. Mauclore dut intervenir pour rétablir le cours du pus, il le fit par la voie vaginale et une troisième intervention fut néanmoins nécessaire, l'abcès s'étant malgré ce ouvert dans la vessie.

L'incision vaginale ne nous paraît donc pas mériter la faveur que lui accordent ces auteurs.

Nous lui ferons d'ailleurs, avec Rotter, un autre reproche qui achèvera d'établir son infériorité vis-à-vis de l'incision rectale. Par l'incision vaginale on met au contact du col utérin des produits infectieux auxquels celui-ci n'a rien à gagner. Nous savons aujourd'hui, et la thèse de Barnsby ne nous laisse aucun doute à ce sujet, que l'infection appendiculaire peut, à la faveur d'un simple contact, contaminer une trompe ou un ovaire sains ; comment consentirons-nous à mettre de propos délibéré au contact d'un organe aussi sensible que le col utérin un pus aussi septique que celui de l'abcès péri-appendiculaire ! Il n'est pas de lavages antiseptiques qui puissent mettre à l'abri de cette contamination ; l'écoulement du pus est continu, le lavage ne saurait l'être. Que dire alors des mèches de gaze qui maintiendront en quelque sorte l'infection au contact des voies génitales. D'ailleurs, indépendamment de ce reproche qui mérite réflexion, on peut ajouter que si la voie vaginale est une voie plus large et plus commode que la voie rectale, elle est certainement tout aussi aveugle et le danger de blesser une anse intestinale est le même des deux côtés du cul-de-sac.

Sur 9 cas d'appendicite pelvienne à chaud que Rotter ouvrit par le cul-de-sac postérieur, une malade succomba qui présenta successivement un abcès iliaque droit, un abcès sous-phrénique et un phlegmon sous-cutané qu'on dut ouvrir. La fillette qui fait l'objet de notre observation 35 succomba également malgré

l'ouverture vaginale et les incisions multiples : nous n'en voulons tirer aucune conclusion.

Ouverture rectale. — Voyons maintenant ce que nous révélera l'étude de l'ouverture rectale.

Cette ouverture fut pratiquée dès 1890 par Gerster(1) et quelques autres chirurgiens américains. C'est l'ouverture choisie le plus fréquemment par la nature et l'évacuation par le rectum est l'un des meilleurs modes de guérison spontanée. Cette incision a l'avantage de répondre à la fois au point le plus accessible et au point le plus déclive. Aussi Jaboulay, abandonnant l'incision parasacrée qui lui a donné si peu de résultats, a-t-il adopté ce dernier mode d'ouverture pour lequel il donne le manuel suivant :

On fait la désinfection du rectum comme on ferait celle du vagin ; puis on dilate le rectum. L'index gauche introduit sert de guide et va à la recherche de la collection. On glisse sur lui une paire de ciseaux courbes et on coupe transversalement la paroi rectale en surveillant avec l'index gauche. Le doigt agrandit l'ouverture et l'attire à l'anus où il est ensuite possible de la suturer.

Le manuel de Rotter est différent et exige une instrumentation spéciale. Sous la conduite du doigt, Rotter introduit dans le rectum une aiguille à ponction longue de 15 centimètres, dont la pointe est munie d'un protecteur. Au-dessus de la prostate, le doigt indicateur reconnaît le point saillant de la collection : il débarrasse alors son aiguille du protecteur et l'enfonce en ce point. Ce premier temps effectué, il aspire un peu de pus pour bien vérifier son diagnostic et la situation de son aiguille. Le diagnostic vérifié, il glisse sur l'aiguille la pince que Landau a proposée pour l'ouverture vaginale des abcès du cul-de-sac de Douglas. Cette pince présente sur l'une de ses faces une rainure qui lui permet de s'adapter sur l'aiguille, sur laquelle on la fait glisser. Lorsque la pince est engagée dans l'orifice de ponction, à l'aide de cet instrument, on agrandit l'orifice et le pus s'écoule au dehors. Il est

(1) GERSTER, *loc. cit.*

inutile de placer un drain ; le pus s'écoule naturellement du point le plus déclive. Dans l'observation de Gerster le drain ne put être supporté. Le malade garde ensuite le lit deux ou trois semaines.

Cette dernière méthode présente sur celle de Jaboulay l'avantage de pouvoir vérifier le diagnostic avant tout délabrement. De plus, c'est d'après Rotter une petite opération qui peut se pratiquer sans anesthésie. Au début de cette année Rotter comptait 15 cas ainsi opérés, tous avec succès ; il nous dit dans son manuscrit qu'il en a depuis opéré 5 nouveaux, également avec succès, ce qui porte à 20 cas heureux sa statistique d'ouvertures rectales. Dans les cas de Gerster, de Peterson, de Richardson (obs. 64, 65), la terminaison fut également favorable ; il en est de même ici dans l'observation 7.

Stimson, Richardson n'ont enregistré que des succès par cette méthode. Dans la plupart des cas la guérison survient en trois semaines au plus.

Peu de méthodes, nous l'avons vu, sont capables de donner d'aussi bons résultats. Et cependant que d'objections n'a-t-on pas soulevées contre l'ouverture rectale !

Monod et Vanverts lui ont reproché d'être aveugle et Esnault, insistant sur ce point, redoute la blessure d'une anse intestinale adhérente au rectum. Nous avons déjà répondu à cette objection plus haut à propos de l'incision vaginale ; nous devons ajouter que nous n'avons pas rencontré, dans les nombreuses observations, d'exemples de ce fait. Le doigt précédant constamment l'instrument dans l'incision de Jaboulay présente à ce sujet une certaine sauvegarde et, d'ailleurs, cette crainte est illusoire puisqu'on aura habituellement constaté la présence du pus avant l'intervention.

On a encore reproché à l'ouverture rectale de ne pas permettre l'usage de drains, d'infecter et d'irriter le rectum par le passage d'un pus septique ; nous avons vu que ce danger intéressait bien plus encore l'utérus au cas d'ouverture vaginale. Quant au drainage,

Rotter en a fait justice. Le procédé de Jaboulay a, du reste, le mérite de répondre à ces deux objections au moyen d'un petit artifice. Descendant l'ouverture de l'abcès à l'anus, Jaboulay l'y suture et y place un gros drain. Il laisse ainsi à la partie postérieure un petit conduit suffisant pour les matières et les gaz.

Nous ne parlerons que pour mention, après cela, du danger de la pénétration des matières dans la poche ; on a beaucoup parlé de cette complication, elle a été soulevée cette année à la Société de gynécologie de Chicago au cours de la discussion qui suivit la communication de Peterson. Mais c'est là un danger imaginaire, outre que les matières fécales devraient suivre ainsi une voie ascendante, cette pénétration ne serait pas une bien grande complication, ainsi que cela a été dit dans la discussion à laquelle nous faisons allusion, le pus de l'abcès pelvien est assez infectant lui-même pour n'avoir rien à redouter de ce voisinage.

Enfin on a parlé beaucoup des fistules consécutives. Nous ferons remarquer d'abord qu'une fistule stercorale sera moins déplacée ici qu'au vagin ou au périnée. Nous ajouterons que ces fistules sont d'ordinaire le fait d'abcès ouverts spontanément en un point qui n'était pas le point le plus déclive (Ouin) et d'ailleurs lorsqu'elles existent elles peuvent ne pas être bien gênantes : Mac Catharty a rapporté à la *Pathological Society* de Londres un fait de fistule appendiculo-rectale découverte à l'autopsie et qui avait passé complètement inaperçue durant la vie. L'ouverture périnéale où il y a un véritable trajet qui n'existe pas ici, nous paraît bien plus que celle-ci favorable à la formation de fistules gênantes.

Nous nous résumerons donc et nous dirons : dans tous les cas où l'abcès peut être atteint par le rectum l'ouverture rectale doit être l'ouverture de choix. L'aspect spécial du cas observé et la pratique pourront seuls fixer le choix du manuel opératoire.

Lorsqu'il y aura plusieurs abcès, l'abcès pelvien sera d'abord ouvert, parce que celui-ci étant au point le plus déclive, il se peut que le drainage soit suffisant pour vider une collection iliaque. C'est la pratique de Rotter. Il ne faudra pourtant pas s'attarder et

si la poche abdominale se vidait insuffisamment une seconde incision s'imposerait. Toutes les poches seront ainsi recherchées et ouvertes.

TROISIÈME CAS. — Il y a péritonite généralisée.

Nous devons dire un mot des formes généralisées où l'abcès pelvien n'est qu'un épisode. Ce sont ces formes qui, selon l'expression imagée de Roux, « ressortissent plutôt des pompes funèbres que de la chirurgie ». La conduite du chirurgien est bien délicate en pareil cas. Il ne faut pas oublier pourtant que même dans ces cas on a des succès. L'observation de Krogius rapportée dans le *Einska Lakaresällskapetets Hsanlingar* de 1897 est assez curieuse : dans un cas de péritonite diffuse il fit trois incisions abdominales : une médiane et deux latérales, ouvrit le rectum et y mit un drain ; le malade, qui était dans un état désespéré, guérit (1).

(1) VIGNART. Th. de Lyon, 25 juillet 1899.

CHAPITRE X

Observations.

Obs. 2 (inédite). — *Appendicite pelvienne opérée à froid ; adhérence rectale ; guérison parfaite.* (Observation due à l'obligeance de notre maître, M. CH. WALTHER.) — D^r M..., 25 ans, est sujet depuis plusieurs années à des troubles intestinaux se manifestant par de la diarrhée et des coliques passagères. Pas d'autres antécédents, qu'une scarlatine il y a deux ans. Depuis un an, deux ou trois crises simulant une indigestion : troubles passagers de l'estomac et de l'intestin, douleurs épigastriques, vomissements, coliques accompagnées de diarrhée et de *ténésme rectal*.

Jamais de douleur localisée au niveau du cæcum.

Le 14 juillet 1898, à la suite d'un repas copieux, pesanteur au niveau de l'estomac, vomissements, puis coliques, à début dans la fosse iliaque droite rapidement généralisée ; météorisme ; un peu de diarrhée, douleurs très violentes dans tout l'abdomen sans maximum bien net. Administration d'un purgatif sans effet, soulagement par lavement et morphine. Amélioration au bout de cinq à six jours de repos. Mais réapparition des accidents, dès que le malade commence à se lever. Peu de fièvre.

M. Bécère porte le diagnostic d'appendicite ; léger maximum de douleur au niveau du cæcum. Glace, diète, opium, font disparaître rapidement les accidents. Repos au lit et régime sévère pendant quinze jours après la disparition des douleurs ; séjour à la campagne pendant près de deux mois. Le malade ne constate plus qu'une chose, du météorisme, presque après chaque repas, amenant quelquefois de vagues douleurs qui disparaissent après expulsion de gaz. De temps en temps au moment d'aller à la selle le malade ressent des *tiraillements dans la partie supérieure du rectum*, très fugaces du reste. Petits accès de fièvre légers sans cause apparente. Au mois d'octobre reprise des occupations ; au bout de quinze jours environ, apparition d'une douleur nettement localisée à la région cæcale et au-dessous ; disparition après deux ou trois jours sans autre traitement que quelques précautions : diarrhée, un peu de météorisme :

persistance de quelques tiraillements dans le petit bassin ; douleurs le long du rectum.

9 novembre. Éther. Pas d'adhérences épiploïques. L'appendice est descendant, plonge dans le petit bassin et adhère fortement à la paroi antérieure du rectum. On le libère ; la surface d'implantation est difficile à apercevoir, mais on la sent irrégulière en pleine paroi rectale. Ablation de l'appendice. L'épiploon très développé est réséqué sur une certaine étendue. Mickulicz dans le petit bassin contre le rectum ; dans le Mickulicz, mèche de gaze et drain.

Le lendemain, on retire la mèche interne ; douleurs au niveau des sutures musculaires. Le surlendemain, 11 novembre, le drain enlevé renferme un peu de liquide purulent ; nouveau drain ; attouchement phéniqué, profond — pas de température — pouls plutôt lent (langue chargée) ; on donne du lait et de l'eau de Vichy, de la glace, on fait une injection de sérum.

Le 12 novembre, suppression du Mickulicz. On remplace le drain.

Les 13 et 14, sécrétion purulente. Drain.

Le 16, évacuation provoquée par deux quarts de lavement.

Le 17, ablation des fils.

Le 29, le malade se lève et fait quelques pas. Il sort le 5 décembre, la plaie n'est pas complètement cicatrisée. Le malade écrit au mois de mai : disparition complète des accidents ; amélioration manifeste de l'état général. Cicatrice parfaite.

24 mai 1900. Nous recevons une lettre du malade, nous disant que sa santé est excellente ; depuis l'opération les coliques et les indigestions ont complètement disparu, et, malgré l'absence complète des précautions auxquelles il était assujéti auparavant. Le malade a fait notamment plusieurs voyages maritimes et quelques autres très fatigants.

Obs. 3 (inédite). — *Appendicite pelvienne opérée à froid. Incision latérale ; guérison.* (Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé JALAGUIER.) — M. H..., étudiant en médecine, a eu comme premier symptôme, le 6 janvier 1899, une selle diarrhéique très liquide, nauséabonde, non accompagné de coliques. Cette selle fut unique, peut-être sous l'influence de l'ingestion de sous-nitrate de bismuth.

Le lendemain 7 janvier, coliques violentes avec prédilection dans la fosse iliaque droite. Le sommeil n'est pas troublé, mais les coliques continuent le jour suivant, péri-ombilicales, semblant suivre à peu près le colon transverse. Pas de douleur dans le côté droit du ventre, état nauséux ; un peu de thé ingéré est immédiatement vomi. Le malade se purge avec du sulfate de magnésie qui est également vomi. Les douleurs

persistant le soir, il absorbe une potion au laudanum, qui lui procure un léger repos ; mais à 1 heure du matin les douleurs reparaissent et pour les atténuer il est contraint de fléchir les cuisses sur le bassin.

Le 9, apparaît un écoulement glaireux du rectum sans douleur ; mais qui s'effectue constamment en dehors des défécations, même au lit, si bien que le malade est obligé de se garnir. Cet état persiste et, le 11, il est examiné par un ancien interne des hôpitaux ; comme symptôme objectif : seulement de la défense musculaire un peu plus prononcée à droite qu'à gauche ; pas de douleur au point de Mac Burney.

On pense à une occlusion intestinale d'origine nerveuse. Le malade est purgé avec une limonade purgative qui ne produit aucun effet. La constipation dure depuis le 7.

Le 12, l'écoulement glaireux continue ; il est mêlé de petites membranes, transparentes, grisâtres, « absolument comparables, dit le malade, à des peaux de raisins très minces ». Un lavement en ramène même des quantités considérables. A partir de ce moment, ténésme rectal. Le malade passe des demi-heures entières au cabinet à faire des efforts, mais sans obtenir le moindre résultat, sinon l'évacuation de glaires. L'anus est le siège d'une cuisson pénible.

Le 15. L'état est stationnaire. Le père du malade (médecin lui-même) appelle le Dr Rendu, médecin de l'hôpital Necker, qui pratique le toucher rectal et sent au bout du doigt explorateur de l'empatement à droite et en arrière ; il porte le diagnostic de phlegmon péri-rectal, et fait appeler le Dr Hallé.

Le 16. Après examen, le Dr Hallé conclut au même diagnostic, et le malade retourne chez lui en chemin de fer, à 4 heures de trajet de Paris.

Le 19, à 5 heures du matin, évacuation involontaire par l'anus de matières très liquides, brunâtres, sans aucun corps solides, répandant une forte odeur ammoniacale. L'évacuation dure jusqu'au lendemain 10 heures du matin.

A partir de ce moment la santé se rétablit et trois ou quatre jours après le malade se lève.

Le 2 février. Il rentre à Paris. M. Jalaguier, mis au courant de son histoire clinique par M. Rendu, porte le diagnostic probable d'appendicite pelvienne. Il pratique le toucher rectal et son diagnostic vérifié, propose une opération qui est décidée pour le 19 mars suivant.

OPÉRATION. — Plan incliné de Trendelenburg. Incision de Jalaguier, c'est-à-dire incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané au niveau du bord externe du muscle grand droit. Ouverture de la gaine du muscle, on récline le muscle et on incise la face postérieure de la gaine vers son

milieu. Le cæcum est sous la main, l'épiploon est refoulé vers l'hypochondre. On essaie en vain de décoller l'appendice qui adhère au rectum par sa pointe, presque au niveau du plancher pelvien. On le sectionne à la base préalablement et on décolle ensuite l'extrémité en allant vers la profondeur. On met une suture en chaîne sur le méso de la base au sommet. L'ablation complète se fait assez péniblement au milieu d'une sorte de magma d'adhérences.

Enfouissement, drainage.

La guérison s'effectue sans encombre; actuellement (1900), le malade est complètement guéri.

Obs. 4 (inédite). — *Appendicite pelvienne. Ouverture rectale spontanée. Opération.* (Due à l'obligeance de notre maître, M. WALTHER.) — R. . . , 19 ans. État digestif, très irrégulier, a une première crise d'appendicite en octobre 1897, survenue brusquement.

Il est repris, le 14 mai 1898, d'une seconde crise identique à la première, inappétence, vomissements, céphalalgie, constipation.

Je vois le malade le 19 mai, il est en pleine péritonite. Pouls 120, température 40°. Le ventre est peu ballonné, il n'y a pas de foyer appréciable dans la fosse iliaque, pas de submatité; il y a dysurie très accentuée, ténisme vésical et rectal. Cathétérisme.

Le diagnostic est : appendicite pelvienne; je mets le malade au traitement : application permanente de glace sur l'abdomen, 1 pilule de 1 centigramme toutes les trois heures, 1 cuillerée d'eau toutes les deux heures, injection de sérum, sonde rectale pour les gaz.

Les jours suivants l'état est le même, la miction est toujours impossible.

Peu à peu l'amélioration se fait : alimentation lactée.

Le 4 juin. Après l'apparition de glaires rectales, ouverture du foyer dans l'intestin. Évacuation d'une grande quantité de pus infect. Lavage du rectum à l'eau bouillie. L'évacuation du pus s'est faite d'un seul coup, et ne s'est pas reproduite les jours suivants.

Le 21. Laparotomie latérale. — Incision de Roux. Ascite assez abondante. Évacuation aussi complète que possible de l'ascite en penchant le malade sur le côté droit, et en achevant d'assécher la cavité abdominale éponges.

Recherche de l'appendice difficile. En suivant le cæcum on sent l'appendice sous la forme d'un cordon dur, qui se dirige vers le fond du cul-de-sac vésico-rectal, et qui est solidement uni par son extrémité, à la paroi antérieure du rectum à droite de la ligne médiane.

Après avoir soigneusement protégé les anses voisines refoulées, par plusieurs plans d'éponges, je détache doucement avec l'ongle, l'appendice de la paroi rectale. J'ouvre ainsi un petit foyer, reliquat de l'abcès primitif dans lequel était libre un gros calcul stercoral.

La cavité de cet abcès est nettoyée aussi complètement que possible, avec de petites éponges montées, imbibées de liqueur de Van Swieten. Après nettoyage, une grosse éponge montée est placée et maintenue dans le cul-de-sac vésico-rectal, pendant que j'achève la libération de l'appendice, la ligature en chaîne du méso, enfin la résection de l'appendice et la toilette du moignon. (Curettage de la muqueuse, cautérisation au thermo-cautère, suture en capuchon, et enfouissement du moignon.)

Une tente de gaze stérilisée est placée dans le fond du cul-de-sac vésico-rectal qui a été jusque-là isolé et transformé par l'éponge qui n'est enlevée qu'à ce moment.

Dans la tente de gaze sont placés deux mèches et deux gros drains.

Suture de la paroi par plans successifs au catgut. Suture de la peau au crin.

Suites normales. — Après l'ablation de la tente de gaze le 5^e jour après l'opération, je maintiens pendant quelques jours un drain rapidement raccourci.

Le drainage est fermé dix jours plus tard.

Le 19 juillet, vingt-huit jours après l'opération, le malade se lève complètement guéri.

Actuellement (mai 1900) l'état digestif est parfait, les digestions sont régulières.

OBS. 5. — *Appendicite pelvienne. Incision hypogastrique. Ouverture spontanée dans le rectum. Guérison* (GANGOLPHE, in thèse de DORMOY.) — Jeune fille de 18 ans, de bonne santé habituelle, sans antécédents tuberculeux directs ou collatéraux ; le 14 août 1898, elle fut prise subitement de phénomènes appendiculaires : douleur dans le flanc droit, vomissements, fièvre élevée ; il y eut même, dès le début, des suites de péritonite. M. Françon, puis M. Jaboulay qui la virent à ce moment, ne jugèrent pas l'intervention nécessaire, les phénomènes du début s'étant promptement atténués. Dès le début la malade s'est plainte de troubles de la miction consistant en douleurs et envies fréquentes d'uriner. Quoique les phénomènes de péritonite aient peu à peu disparu, la température est restée stationnaire autour de 40° et la malade a maigri considérablement.

Six semaines après, M. Gangolphe trouva cette jeune fille avec un aspect cachectique très marqué ; l'émaciation est extrême. Localement le ventre

est déprimé en bateau. On ne trouve de saillie ou de tuméfaction ni dans le flanc droit, ni dans la région épigastrique ; à peine note-t-on à gauche, sur le bord extrême du muscle grand droit, un petit point induré profondément situé et certainement intra-abdominal.

Par le toucher rectal on a la sensation d'une masse dure assez douloureuse englobant tous les organes du petit bassin et faisant saillie du côté du rectum dont le calibre semble diminué à ce niveau ; nulle part on ne trouve de fluctuation. La sensation obtenue est identique à celle que donne le toucher vaginal dans les lésions d'anciennes périmétrites. Par le toucher combiné au palper en déprimant fortement la paroi abdominale on délimite entre le doigt rectal et la main hypogastrique une masse dure médiane occupant le centre du petit bassin. A ce moment les troubles de la miction ont disparu ; il n'y a ni diarrhée, ni constipation. La malade accuse seulement des douleurs et une anorexie complète, parfois des vomissements. Le diagnostic porté est celui d'appendicite à localisations pelviennes avec adhérences et probablement collection. Il y a une indication formelle d'intervenir par le fait du dépérissement de la malade.

OPÉRATION, le 2 octobre. — M. Gangolphe, après avoir introduit dans la vessie une sonde métallique, fait une incision médiane hypogastrique et tombe sur des tissus scléreux d'une dureté fibro-cartilagineuse. On décolle peu à peu toutes les adhérences et on arrive jusque dans la région prérectale sans reconnaître d'anses d'intestin ni pouvoir distinguer l'utérus et les annexes.

Les adhérences sont telles que, la vessie ne pouvant revenir sur elle-même, on perçoit en la mobilisant un bruit de glouglou dû à l'entrée de l'air par la sonde.

On ne trouve aucune collection, même en se décidant à brûler un de ses doigts par le toucher rectal.

On draine aussi bien que possible et on laisse dans la plaie deux drains en canon de fusil et une mèche de gaze.

Les jours suivants, légère amélioration, abaissement de la température. La malade part huit jours après l'intervention.

Une dizaine de jours après son départ, émission d'environ 2 cuillerées de pus par l'intestin et d'une quantité un peu moindre par les drains. Depuis, l'écoulement s'est continué et l'état général est bon.

Le 26 décembre, la malade a repris 8 kilog. depuis l'opération.

OBS. 6. — *Appendicite pelvienne. Incision hypogastrique. Guérison.* (GANGOLPHE, in thèse de DORMOY.) — X..., 18 ans, habitant Villeurbanne, entre dans le service de M. Gangolphe au mois de juin 1895. Depuis une dizaine

de jours il est atteint de phénomènes d'appendicite, douleurs dans le bas-ventre, vomissements, fièvre .. Les phénomènes péritonitiques sont déjà amendés ; mais la température est toujours restée élevée et la douleur s'est localisée à la région hypogastrique. Le malade accuse, en outre, des troubles inconstants de la miction.

A l'entrée on note une tuméfaction légère, mais évidente de la région hypogastrique ; les flancs et la région épigastrique semblent absolument indemnes. La douleur est localisée au niveau de la tuméfaction hypogastrique. Par le toucher rectal on trouve une saillie rénitente siégeant au niveau de la région rétrovésicale, et par le toucher combiné au palper on se renvoie une vague sensation de fluctuation. A la percussion la tuméfaction donne une sonorité complète, et à timbre très élevé. La température varie entre 38°,5 et 39°.

Le diagnostic porté est celui d'appendicite à localisations pelvienne et hypogastrique.

OPÉRATION. — Le 15^e ou 20^e jour après le début, M. Gangolphe fait une incision médiane hypogastrique et donne issue à environ un demi-litre de pus mélangé à des gaz. Le doigt introduit dans la plaie se rend compte que tout le petit bassin est occupé par la lésion. L'appendice n'a pas été rencontré. On met deux drains en canon de fusil.

Le malade a fort bien guéri et n'a pas eu de nouvelle appendicite.

OBS. 7. — *Appendicite pelvienne incisée par le rectum. Guérison.* (JABOULAY, in thèse de DORMOY.) — M..., 35 à 40 ans, charbonnier, entre le 11 décembre dans le service de M. Jaboulay.

Il y a environ trois semaines il fut pris d'une colique franche d'appendicite : vomissements, fièvre, douleurs dans le bas-ventre. Le traitement médical fut immédiatement institué, mais les symptômes persistèrent. Depuis quelques jours le malade fait des glaires et a souvent de faux besoins.

A son entrée les phénomènes appendiculaires ont diminué. Le plastron abdominal a presque complètement disparu ; c'est à peine si l'on trouve un peu d'empatement dans la fosse iliaque droite. Mais par le toucher rectal on découvre une collection fluctuante située en avant du rectum et lui adhérent.

M. Jaboulay décide d'ouvrir cette collection par le rectum : sur la face antérieure de son index gauche introduit dans le rectum, il fait glisser des ciseaux mousses et donne issue à une forte verrée d'un pus chaud, crémeux, contenant quelques fongosités inflammatoires.

Le malade est immédiatement soulagé et quitte l'hôpital, guéri deux jours après l'intervention.

Revu depuis le 26 décembre, il dit, que sans cesse depuis l'opération il a évacué par le rectum du pus en petite quantité et des petits morceaux de chair que nous supposons être des fongosités.

Il a été repris le 24 décembre par une crise très douloureuse que le médecin appelé traitait par des injections de morphine et des potions opiacées.

Le 4 janvier, il ne souffre à peu près plus et a pu reprendre ses occupations ordinaires, mais jusqu'à hier il a dû passer au lit une partie de ses après midi, les douleurs étant surtout vives à ce moment.

Le 6 février, il va bien et a repris tous ses travaux quoique éprouvant encore parfois des pesanteurs dans le bas-ventre.

Il a de la difficulté à se servir de sa jambe droite pour monter l'escalier.

Obs. 8. — *Appendicite pelvienne ouverte spontanément dans le rectum. Guérison.* (Thèse de ROCHERON. Lyon, 1892). — Dr C..., âgé de 44 ans, atteint de pérityphlite en 1890. Bonne santé antérieure, jamais d'infection intestinale ; cependant depuis deux ans, douleurs sourdes dans la fosse iliaque droite.

Le 3 juillet, après une période de surmenage professionnel, une série de repas irréguliers et de constipation avec douleurs assez marquées dans la fosse iliaque droite, des accidents graves éclatent brusquement. Le soir, M. C... eut comme une indigestion et des vomissements alimentaires qui durèrent toute la nuit. Vers le matin, il fut pris d'un frisson violent qui dura une demi-heure, puis il y eut sensation brusque de rupture dans le ventre suivie d'une douleur atroce dans la fosse iliaque droite et de ténésme vésical. Une application de 12 sangsues donna un grand soulagement. Pendant la semaine suivante les douleurs persistèrent et les matières ingérées étaient vomies. Au bout de ce temps, pendant trois jours, il y eut régurgitations incessantes de matières fécaloïdes ; en même temps il y avait du météorisme, de l'absence des selles, et on trouvait dans la fosse iliaque droite un empatement vague, diffus et peu marqué, et par le toucher rectal un foyer diagnostiqué de bonne heure par les médecins. La température était modérément élevée, elle oscillait entre 38° et 39°. Pendant une semaine l'état fut très grave et on pensa à une laparotomie ; on ne s'y décida pas à cause de l'absence d'une sensation nette de foyer d'induration ou d'empatement dans la région abdominale antérieure, seule l'existence de la tumeur dans le petit bassin appréciée par le toucher rectal pouvait donner l'indication d'une intervention ; mais vers le 20 juillet les symptômes généraux s'étaient beaucoup atténués. Quelques jours après la

tumeur rectale se vida dans l'intestin, il sortit en une fois la valeur d'un verre de pus fétide et l'évacuation continua pendant trois jours. A partir de ce moment M. C. entra en convalescence ; il commença à sortir vers le 18 août. Il persiste des douleurs légères dans la fosse iliaque jusqu'en octobre.

Maintenant la santé est excellente ; quelquefois une sensation vague de pesanteur, s'il y a constipation. Pas de nouvelles crises, mais difficulté à se servir de la jambe droite.

Obs. 9. — *Appendicite pelvienne à siège non diagnostiqué. Incision iliaque. Guérison.* (WEISS, *Rev. de Chir.*, 1898, p. 607). — M^{lle} D..., âgée de 13 ans, m'est adressée par mon collègue, M. Demange, pour une appendicite à rechutes dont voici l'histoire :

Cette jeune fille, assez frêle, a présenté à plusieurs reprises dans son enfance des douleurs assez vives dans le ventre, compliquées de diarrhée ; néanmoins sa santé était assez bonne, quand au mois de septembre 1896, elle fut prise d'une douleur très vive dans le côté droit du ventre, avec vomissements, constipation et fièvre ; comme il y avait en même temps, un certain empatement dans la région correspondante, M. Demange diagnostiqua une appendicite, qu'il traita par l'opium et le repos absolu. Cette première poussée, assez légère, ne dura que quelques jours et l'enfant semblait absolument remise, quand, au mois de mars 1897, survinrent à nouveau les mêmes accidents, mais avec une intensité beaucoup plus grande et une durée beaucoup plus longue. Tout le ventre s'était légèrement ballonné, il y avait eu vite des douleurs très violentes en urinant et même un *ténésme vésical* compliqué de rétention.

L'empatement de la fosse iliaque droite, beaucoup plus manifeste que la première fois, ne disparut que très lentement ; la petite malade ne put reprendre ses occupations que six semaines après.

C'est dans ces conditions qu'elle est entrée à la maison de santé de la rue Saint-Lambert, le 28 juin 1897. Le ventre, à ce moment, est souple, indolore, mais je perçois très nettement sur le bord externe du muscle droit une sensation de cordon induré, au niveau duquel la pression détermine une légère douleur.

OPÉRATION. 1^{er} juillet, avec l'assistance de MM. Demange, Février et Renaud. — Incision de la paroi abdominale, sur le bord externe du muscle droit. Le ventre ouvert, les anses de l'intestin grêle font issue et gênent singulièrement la vue du champ opératoire. L'appendice est fort difficile à trouver ; on sent, en effet, une grosse masse indurée, plongeant vers le bassin derrière la vessie, et au milieu de laquelle on n'a pas la sensation du cordon habituel.

En cherchant à décortiquer cette masse, le doigt crève une poche purulente, au milieu de laquelle on trouve une petite concrétion stercorale. Le pus est épongé avec soin. Après beaucoup de recherches, on découvre un cordon très mince qui paraît être l'appendice, et on en commence l'isolement, mais les parois en sont si amincies, qu'une traction légère amène la déchirure de cet organe. Je suis assez heureux pour retrouver, au milieu des fausses membranes, le tronçon restant et pour l'amener au dehors ; je constate très nettement sur ce tronçon la petite perforation par laquelle la concrétion stercorale s'est échappée dans le péritoine.

L'appendice est réséqué ut supra. Puis la paroi abdominale est refermée, avec un drainage à la Mickulicz plongeant jusque dans le foyer purulent ; celui-ci a été soigneusement lavé au sublimé.

Le soir, température 37°,9, pouls 110 ; douleurs assez vives.

Jusqu'au 5 juillet, l'enfant n'est alimentée qu'avec de l'eau fraîche et des injections de sérum. La rétention d'urine persiste pendant plusieurs jours.

La guérison totale est retardée par une néphrite gauche consécutive à une poussée de cystite. Elle est complète en 1898, et l'état de la malade florissant.

OBS. 10. — *Appendicite pelvienne ; incision iliaque négative* (SIEUR, p. 42, in DAIREAUX, p. 42.) — J. B..., 2^e soldat à la 25^e section d'infirmiers, entre à l'hôpital Desgenettes pour une appendicite, le 25 juillet 1895.

A cette date, malade très abattu. Température 37°,5 à 38°.

Coliques violentes, à point de départ dans le flanc droit, avec irradiations dans tout l'abdomen, empêchant tout sommeil. Constipation. Les coliques donnent au malade des ténesmes. Il est allé plusieurs fois de suite à la chaise sans résultat. On constate, au niveau de la fosse iliaque droite et le long de l'arcade de Fallope, une légère saillie en forme de boudin, très douloureuse à la palpation, complètement mate à la percussion. Rien à signaler dans le reste de l'abdomen.

En raison des épreintes, on fait le toucher rectal, l'ampoule est vide ; on ne sent aucune tuméfaction dans le petit bassin.

25 juillet. Vomissements bilieux à 2 heures du matin. Constipation. Le toucher rectal réveille de la douleur sur la face antérieure du rectum. A 5 heures du soir, la température étant de 40°, on opère.

OPÉRATION. — Incision parallèle à la moitié externe de l'arcade et se recourbant vers l'ombilic dans sa moitié supérieure. Le péritoine étant ouvert, on tombe sur des fausses membranes enveloppant l'épiploon et les anses intestinales ; le doigt, enfoncé profondément vers le petit bassin,

décolle quelques anses, mais ne peut parvenir à trouver la collection purulente. Sans pousser plus loin les recherches, de peur de rompre les adhérences, on met une mèche de gaze iodoformée et on ferme en partie la plaie.

L'amélioration résultant de la première intervention est peu marquée. Il suinte un peu de pus le long de la gaze iodoformée, qu'on remplace par deux drains, ce qui rend l'écoulement plus abondant. Température 38°, 39°. Au toucher rectal, on sent *toujours* (sic) un refoulement très accusé de la paroi antérieure du rectum par une tumeur liquide. La pression à ce niveau provoque une douleur qui se propage à la vessie de telle sorte qu'il y a lieu de se demander s'il ne s'agit pas de la vessie, bridée par des anses intestinales agglutinées et gênée dans son développement.

1^{er} août. Le malade ne peut uriner, on est obligé de le sonder.

Le 8. Douleurs dans le bas-ventre. Épreintes rectales et ténésme vésical. Température, 39°, 5. La tumeur rectale a considérablement augmenté. Il est évident qu'il s'agit d'un abcès occupant le cul-de-sac recto-vésical.

Deuxième opération, 9 août. — On pratique une incision médiane sus-pubienne remontant jusqu'à 2 centim. de l'ombilic.

La vessie, refoulée en avant et en haut, s'arrête à peine à deux travers de doigt de ce dernier. Le cul-de-sac péritonéal ouvert, le doigt glisse assez facilement entre les anses et le dôme vésical, et ouvre une poche renfermant environ 2 litres de pus.

Le 26, on enlève le gros drain et on ne laisse qu'un tube de 10 centim. du volume d'un crayon. Le malade part guéri fin septembre.

Obs. 11. — *Appendicite pelvienne avec ténésme* (SIEUR, in DAIREAUX, p. 43.)

— V. L..., étudiant en droit, soldat à la 14^e section d'infirmiers, entré d'urgence à l'hôpital Desgenettes en pleine crise appendiculaire, 11 octobre 1894. — État actuel. Température, 39°. Coliques violentes partant de la fosse iliaque droite. A l'examen de l'abdomen signes de péritonisme. *Pas de tumeur dans la fosse iliaque droite.* On a seulement, à ce niveau, une sensation de résistance. A partir de ce moment, l'état du malade va en s'améliorant. Le 24, il se lève et mange; puis, brusquement, reviennent les douleurs et la température. Les douleurs siègent dans la fosse iliaque droite, et surtout dans le bassin. Elles ont un caractère expulsif qu'elles ont d'ailleurs présenté dès le début de la maladie. Le malade est constamment sur la chaise sans résultat. L'ampoule rectale est, du reste, vide. Ventre tendu, ballonné, sonore.

Le toucher rectal montre que le doigt peut à peine pénétrer dans le rectum absolument aplati par une tumeur située entre sa face antérieure et la vessie, descendant jusqu'à 5 ou 6 centim. de l'anus. Cette tumé-

faction très douloureuse est nettement fluctuante, et la fluctuation se transmet à la main appliquée sur la fosse iliaque.

Le diagnostic d'abcès appendiculaire pelvien étant posé, on intervient par une incision parallèle à l'arcade crurale droite en se guidant sur la tuméfaction et la douleur observée quinze jours avant. On tombe sur des adhérences fibreuses très résistantes entourant le cæcum qu'on est obligé de disséquer pendant près d'une heure, de façon à ne pas ouvrir l'intestin ou la grande cavité péritonéale. En se guidant sur le cæcum on arrive à son extrémité inférieure sur un cordon qu'on croit être l'appendice. En le suivant on pénètre dans une poche purulente contenant environ un litre et demi de pus. Deux gros tubes accouplés sont enfoncés jusqu'au fond de la poche. A partir de ce moment, affaissement du ventre, disparition des épreintes rectales et du ténesme. Guérison complète en un mois.

Obs. 12. (Obs. de LEJARS, *France médicale*, 1890, n° 54, p. 690.) — Le 30 mai, entre à Cochin, chez M. Anger, un homme de 23 ans, terrassier, très vigoureux et malade depuis trois jours seulement.

Il avait été pris tout à coup, en pleine santé, de douleurs abdominales, de nausées, de vomissements et d'un affaissement général pseudo-lipothymique ; le même jour, la miction se supprimait complètement et les envies incessantes qui tourmentaient le malade contribuèrent sans doute à égarer le praticien qui fut appelé le premier auprès de lui. Le cathétérisme fut pratiqué et répété maintes fois, mais sans autres résultats que de blesser le canal de l'urèthre.

Pendant ce temps l'état général s'aggravait et les accidents péritonéaux s'accusaient de plus en plus. A son entrée à l'hôpital le patient est très affaibli ; son facies pâle, grippé. Température, 36° ; pouls petit et irrégulier ; vomissements et régurgitations répétés à courts intervalles.

Le ventre est ballonné, surtout dans la portion sous-ombilicale, et à l'hypogastre se dessine un relief vaguement arrondi qui se prolonge jusque dans les fosses iliaques. A ce niveau la percussion révèle une matité mal circonscrite qui ne paraît être ni plus étendue, ni plus complète d'un côté que de l'autre, et l'exploration que permet encore un météorisme relativement modéré ne laisse découvrir dans les fosses iliaques ni tumeur, ni collection.

Le ténesme vésical était toujours très intense et sur les instances du malade on pratique le cathétérisme, mais la sonde est arrêtée à l'entrée de la portion membraneuse de l'urèthre et c'est à peine si l'on parvient à faire passer une bougie de très fin calibre. La ponction sus-pubienne est alors pratiquée avec l'aspirateur Potain, on ne retire que quelques grammes d'une urine d'ailleurs normale et non albumineuse.

Il était trop tard pour tenter une intervention active, on se contente des moyens palliatifs : opium à l'intérieur, application de glace.

La situation empirait d'heure en heure, l'abdomen était devenu extrêmement douloureux dans toute son étendue et les matières vomies avaient pris le caractère nettement porracé ; le ténesme vésical persista jusqu'à la fin. Dans la nuit le malade mourait.

A l'autopsie, péritonite purulente généralisée, anses grêles très distendues, rouges, soudées par des exsudats récents et glutineux couverts par places d'enduits jaunâtres et purulents ; quand on eut soulevé toute cette masse il s'écoula une quantité considérable de pus qui remplissait le petit bassin en partie.

En aucun point du gros intestin grêle, ni de l'estomac on ne découvrit de perforation ; le cæcum était enveloppé d'une couche de néo-membranes épaisses, molles et vasculaires mais ne formant pas tumeur à proprement parler ; il n'existait de poche purulente ni autour, ni en arrière de lui ; sa paroi épaissie et rouge était pourtant intacte sur toute sa surface. L'appendice iléo-cæcal descendait obliquement en dedans vers le petit bassin, masqué aussi partiellement par une gangue néo-membraneuse. *Il était perforé à son extrémité* ; la perte de substance à peine assez large pour laisser passer un pois, occupait le cul-de-sac terminal du processus ; elle était arrondie, un peu déchiquetée sur son limbe et s'ouvrait en pleine cavité péritonéale. L'appendice était de volume normal, à peine sa paroi est-elle un peu épaissie et la muqueuse à sa face interne fortement injectée ne présentait nulle trace d'ulcération. Sa cavité était libre et l'on n'y rencontrait ni sténose, ni coudure, ni corps étranger.

A part une congestion pulmonaire intense, les autres organes étaient sains. La vessie contenait une ou deux cuillerées d'urine ; urètre et prostate étaient normaux ; mais à l'origine de la portion membraneuse la paroi inférieure de l'urètre était infiltrée de sang et la muqueuse creusée d'une série de fausses routes récentes qui lui donnaient un aspect comme lacunaire et formaient autant de culs-de-sac où venaient sans doute heurter le bas de la sonde.

En résumé, comme le fait remarquer Lejars, anurie et ténesme concomitant avaient suffi pour dérouter le diagnostic.

Obs. 13. — *Appendicite pelvienne probable. Ténesme. Évacuation du pus par la vessie et le rectum. Guérison.* (Obs. X du mémoire de MÉNIÈRE.) — Jeune homme de 20 ans, porteur d'eau, assez faible, fait un écart de régime qui donne lieu en août 1897 à des nausées, des coliques et à une diarrée abon-

dante qui dure douze jours. Constipation pendant trois jours et bientôt symptômes gastriques graves, ténesme très douloureux. La fosse iliaque est le siège d'un gonflement avec des élancements. Saignées du bras, sangsues. Le dix-septième jour le malade entre à l'Hôtel-Dieu. La tumeur a le volume des deux poings, elle est fluctuante. Bientôt elle se vide dans le cæcum et le pus est rejeté au dehors par l'anus. En même temps les urines, jusque-là claires, déposent une grande quantité de matière blanche ayant l'aspect du pus. Cette double évacuation continue pendant quelque temps et au bout de 10 jours le malade sort guéri.

OBS. 14. (Obs. VIII du mémoire de MÉNIÈRE, résumée.) — Le sujet de cette observation broyeur de couleurs, après avoir présenté les symptômes abdominaux d'appendicite : douleurs, vomissements, fièvre, est pris d'un ténesme dysentérique très violent en juin 1895, et le 3 septembre suivant, 8 onces de pus crémeux dans ses selles ; deux semaines après il sort guéri.

OBS. 15. (Obs. IX du mémoire de MÉNIÈRE, résumée.) — Un palefrenier, après avoir présenté des symptômes d'appendicite : douleurs, vomissements, fièvre, est pris de ténesme rectal, et quelque temps après, il évacue du pus par le rectum. Il sort guéri 15 jours plus tard.

OBS. 16. (Obs. XI du mémoire de MÉNIÈRE, résumée.) — Une femme qui a présenté les mêmes symptômes d'appendicite, rend du pus par le rectum. Au trentième jour son état est parfait.

OBS. 17. (Obs. XII du mémoire de MÉNIÈRE, résumée.) — Un homme, qui présentait les mêmes symptômes que ci-dessus, a une émission abondante de pus par l'anus, qui met fin à ses douleurs abdominales et fait disparaître l'empâtement iliaque. Il sort guéri au bout d'une semaine.

OBS. 18. (Obs. XVIII du mémoire de MÉNIÈRE, résumée.) — Eugène-Louis S..., présente en même temps que des symptômes généraux d'appendicite, une tumeur de la fosse iliaque droite que l'on traite par des emplâtres irritants. Cette thérapeutique paraît avoir pour effet l'ouverture cutanée de la tumeur. Le pus s'écoule à la fois par cette ouverture, par le rectum et par la vessie. Malgré cela, la guérison survient.

OBS. 19. (Obs. de SALGUES, maître en chirurgie à Sens, le 27 avril 1770.) — « On vint me prier d'aller voir le nommé Bossu, vigneron, âgé de 24 ans, d'un tempérament bilieux. » Constatation d'un abcès de la fosse iliaque.

Traitement : diète, lavements, repos ; huile et beurre frais à l'intérieur. Le 25 mai, reprise à la suite d'écart de régime. Douleur dans le bas-ventre. La tension du ventre fut suivie d'une grande difficulté d'uriner ; le 12 juin suivant le malade n'a plus vomi, ni souffert que légèrement !

« Dans le même jour il a rendu tout le cæcum avec son appendice en partie gangrené. J'ai pour témoin du fait quatre de mes confrères qui ont vu l'intestin cæcum après que le malade l'eut rendu, et un voulut voir le malade. »

OBS. 20. (*Arch. gén. de méd.*, 1841, t. X, p. 23. MALESPINE.) — Enfant de 8 ans, amené à l'hôpital souffrant depuis quelques jours d'une vive douleur vers la région du pubis. Croyant à la présence d'un calcul, on sonde l'enfant une fois, puis une seconde. Symptômes de péritonite généralisée. Mort. A l'auptosie, pus, fausses membranes. En explorant la région cæcale, on voit manifestement une tumeur prenant naissance sur le cæcum et plongeant dans l'excavation. Cette tumeur est formée par l'appendice vermiculaire dilaté, solidement lié au cæcum et constituant une cavité purulente.

OBS. 21. — *Appendicite pelvienne avec douleur à gauche et ouverture spontanée dans le rectum. Guérison.* (Obs. X de la Th. de LAVABRE, 97-98. NOVÉ-JOSSERAND.) — V... , Jeanne, 26 ans. Début il y a deux mois et demi par des douleurs abdominales vives avec *prédominance à gauche* et s'accompagnant de constipation et de température. Au bout de quelques jours ces douleurs se calment ; mais il persiste de la constipation avec des douleurs rectales continues, empêchant la position assise et s'accompagnant d'un écoulement de glaires par le rectum.

Cet état dura un mois et demi ; puis la malade évacua spontanément par le rectum une certaine quantité de pus et fut soulagée.

Depuis quelques jours, réapparition de douleurs violentes avec température, sans réaction péritonéale et en même temps formation d'un empâtement dans la fosse iliaque remontant à 5 ou 6 centimètres au-dessus de l'arcade et ayant tous les caractères d'une collection pérityphlitique antérieure, collection perceptible aussi par le toucher rectal et vaginal.

Incision de Roux. — On tombe sur le péritoine sain. On l'incise et on l'ouvre. Il s'écoule un peu de liquide citrin, mais aucune adhérence ne protège la région iliaque du côté du grand péritoine.

Après avoir reconnu le cæcum dont la base est noyée dans des adhérences, on protège avec des tampons la grande cavité péritonéale et, en grattant avec le doigt au niveau de l'origine cæcale de l'appendice, on arrive assez vite à ouvrir une grande collection de pus ; on l'évacue et on

nettoie la cavité qui est drainée avec des drains entourés de gaze. On nettoie alors la portion du grand péritoine qui a été traversée et on remplace par des mèches de gaze propres les tampons protecteurs qui ont été souillés par le pus et on referme la paroi en partie.

Suites très simples. La malade a encore les jours suivants une ou deux ascensions de température qui disparaissent après l'évacuation par le rectum d'un peu de pus.

Elle sort guérie, elle est revue quatre mois après en bonne santé.

La guérison n'est-elle pas due à la contre-ouverture rectale ?

Obs. 22 (résumée). — *Appendicite pelvienne avec douleur à gauche. Laparotomie latérale. Guérison.* (Obs. 24 de la Th. de BARBET — ROUTIER.) — Louis P... Le jeudi 20, après son déjeuner, le malade fut pris de vomissements ; il se couche le soir, avec de la douleur à gauche, et se plaint d'avoir comme un ballon à expulser. Épreintes vésicales et rectales.

Le 22. M. Cheurlot (médecin du malade) s'aperçoit dans l'après midi que le ventre se détend, il vient me prendre à minuit.

Le 24. Laparotomie sur le bord du muscle droit.

Il n'y a pas de traces d'adhérences. En enlevant le cæcum, entre la paroi de la fosse iliaque et lui, flot de pus, et sur l'intestin plaques verdâtres qui se détachent. On sent l'appendice dans le petit bassin. Je plonge le doigt dans le petit bassin, et je donne issue à un flot de pus du côté du foie, lavage, je remets deux autres drains allant jusque sous le foie. La guérison s'effectue rapidement.

Obs. 23 (résumée). — *Appendicite pelvienne avec symptômes gauches. Laparotomie médiane. Guérison.* (Obs. 21 de la Th. de BARBET — ROUTIER.) — En novembre 1894, le nommé B..., gardien de la paix, reste trois jours sans rendre ni matières, ni gaz par l'anus.

En février 1895, M. le Dr Routier est appelé auprès de lui et constate des accidents analogues. Après avoir pensé à l'appendicite, il conclut à une tumeur de l'S iliaque.

1^{er} août. On fait une laparotomie médiane et on sent une tumeur médiane sous des anses de l'intestin grêle adhérentes. Le malade est placé sur la table à renversement.

On arrive sur l'appendice, qui est presque sur la ligne médiane, mais plongeant dans le petit bassin. Drainage avec mèche de gaze et tube de caoutchouc.

La convalescence s'effectue sans incident.

Obs. 24 (résumée). — *Appendicite pelvienne avec symptômes gauches. Incision iliaque gauche. Mort* (VANVERTS. *Bull. de la Soc. anat.*, 17 avril 1896, p. 280.) — Homme de 53 ans. 8 jours avant son entrée à l'hôpital Saint-Antoine il est pris de douleurs violentes dans la fosse iliaque gauche qui irradient ensuite dans tout l'abdomen.

On porte le diagnostic de péritonite due probablement à une perforation intestinale.

Incision dans la fosse iliaque gauche; écoulement de sérosité purulente très fétide. La péritonite est généralisée sans trace d'enkystement. L'état du malade étant très précaire, on ne prolonge pas les manœuvres.

Le malade meurt vingt-quatre heures après l'opération.

A l'autopsie, l'appendice se dirige en bas en dedans et disparaît bientôt dans une masse formée par des adhérences, le réunissant au rectum et à une anse de l'intestin grêle.

Obs. 25 (inédite). — *Appendicite pelvienne. Absès à gauche incisé. Mort.* — *Appendice en situation pelvienne médiane.* (Due à l'extrême obligeance de M. ALGLAVE, interne des hôpitaux.) — Edmond G., 5 ans. Entre le 3 septembre 1899, salle Molland, dans le service du docteur Brun, hôpital des Enfants-Malades. Antécédents héréditaires: parents bien portants. Antécédents personnels: aurait eu une méningite à 18 mois.

Le 2 août au matin, l'enfant fut pris tout à coup de vives douleurs dans le ventre, particulièrement intenses du côté gauche, des vomissements se produisirent bientôt. Il y en eut trois successifs dont le premier composé de matières vertes. A partir de ce moment il s'établit une constipation opiniâtre qu'on ne peut vaincre que par des lavements glycélinés, réitérés plusieurs fois par jour.

L'enfant continue à souffrir du ventre. M. Reynier appelé par M. d'Heilly décida d'envoyer l'enfant à l'hôpital.

3 septembre. Il entre salle Molland. A son arrivée, température 38°,8, douleur à la palpation de l'abdomen avec maximum à gauche où l'on perçoit dans la fosse iliaque un empatement diffus et profond malgré le ballonnement du ventre et la défense musculaire.

M. Morestin appelé opère immédiatement.

OPÉRATION. — Incision à gauche, évacuation d'un pus abondant d'une grande fétidité. Drainage et pansement sec; l'appendice n'est pas cherché.

4 septembre. Le matin, température 38°,4, pouls 120; l'enfant n'a pas eu de vomissements, mais a été un peu agité. Le soir, temp. 39°, enfant un peu agité. Pouls 130. Pas de vomissements, ne souffre pas du ventre. Dans les jours suivants, la température se maintient au voisinage de 39°. Le

pansement est renouvelé chaque jour et on évacue chaque fois une assez grande quantité de pus.

11 septembre. Mort.

AUTOPSIE : Appendice en situation pelvienne médiane. Appendice perforé largement en trois points. Calcul stercoral du volume d'une olive tombé dans la cavité pelvienne. Péritonite généralisée.

OBS. 26. — *Appendicite pelvienne; appendice et cæcum à gauche. Guérison.* (FOURNIER. *Gaz. de. Pic.*, 1900 — 40-41.) — Philomène M..., 19 ans. Extrêmement chétive, n'a jamais eu de santé. Plusieurs fois soignée pour de la chloro-anémie, ses téguments sont décolorés, sa pâleur excessive, elle est de petite taille et maigre, on dirait une enfant. Elle a fait une fausse couche le 19 décembre et, depuis lors, elle se plaint du ventre. (Fausse couche de 4 mois et demi.) Un peu de fièvre est apparue au cours des jours suivants, et surtout une douleur dans la fosse iliaque gauche. A son arrivée le 24 janvier, elle accuse en ce point la même douleur qui la gênait au point de lui interdire la marche et toute profession.

Le palper bimanuel nous révèle que du côté droit les annexes sont normales, tandis qu'à gauche de l'utérus, il y a une tumeur assez douloureuse de consistance assez dure du volume d'une petite orange accolée et soudée au bord gauche de l'utérus au point de faire corps avec cet organe et de se déplacer avec lui.

Malgré que l'utérus soit en rétroversion rectiligne, adhérent par sa face postérieure, on peut le déplacer quelque peu et percevoir le déplacement de la tumeur qui semble en connexions intimes avec lui.

Comme d'autre part la douleur n'est pas excessive, nous pensons à une grossesse murale ou à une salpingo-ovarite gauche adhérente à l'utérus. Nous écartons la supposition d'un kyste dermoïde et d'un phlegmon du ligament large.

Le diagnostic basé sur l'intime liaison de l'utérus et de la tuméfaction reste donc grossesse extra-utérine ou salpingite gauche.

LAPAROTOMIE. — La laparotomie exigée par l'état précaire de la malade nous démontre que les diagnostics de l'abdomen sont parfois trompeurs et que pour cette fois précisément nous avons fait erreur dans notre appréciation.

Le péritoine adhère un peu à l'épiploon, mais surtout l'épiploon adhère aux organes sous-jacents, intestins et utérus. Je saisis l'utérus avec une pince de Museux pour le maintenir pendant que je décolle de sa face postérieure l'épiploon et une anse d'intestin grêle; la paroi postérieure est recouverte d'anses qui saignent beaucoup. Après cette libération de l'uté-

rus je constate l'intégrité de la trompe et de l'ovaire droit, puis je cherche à me rendre compte des annexes gauches.

Sur le côté gauche de l'utérus je décolle une masse inflammatoire dans laquelle se trouve de l'intestin. Dans cet intestin je reconnais le cæcum et l'abouchement du côlon. Je décortique ces organes et les sépare en bloc d'une poche située entre le ligament rond et les annexes gauches. Après désinfection de cette loge je reconnais que l'ovaire et la trompe gauche, quoique tout à fait voisins de la masse inflammatoire, sont absolument sains.

Alors je m'occupe du cæcum dont j'enlève tous les exsudats et à son extrémité dans le cavum anté-utérin au contact de l'ovaire et de la trompe, je trouve une masse dure renfermant quelques gouttes de pus qui n'est autre que l'appendice enflammé et détruit complètement par les tissus néoplasiques. Résection de l'épiploon adhérent à cette masse, suture en bourse de l'extrémité cæcale sur deux plans et reposition de l'anse cæcale dans la fosse iliaque droite.

Enfin surjet sur le fond de l'utérus lacéré par la pince de Museux.

Fermeture de la paroi abdominale sur trois plans comme d'ordinaire. Suites simples et apyrétiqes.

OBS. 27. — *Appendicite pelvienne. Opération. Mort.* (PASTEAU, Th. d'ESNAULT, obs. 18. Résumée.) — J. L..., 26 ans, garçon d'hôtel, entre le 6 avril, salle Gosselin, chez Tillaux, à la Charité. Par le toucher rectal tumeur du volume d'une orange, lisse, mollasse par places, rénitente par d'autres, très douloureuse en son point le plus saillant; paroi du rectum peu mobile sur elle-même mais pas empâtée. Œdème sous-ombilical.

OPÉRATION. — Incision médiane sous-ombilicale; on décolle l'intestin et on arrive sur la poche rétro-vésicale. On lave, on draine et on ferme.

Mort le lendemain matin. A l'autopsie, foyer purulent situé un peu en dehors de l'articulation sacro-iliaque, contient l'appendice sphacélé. Dans le petit bassin, au fond du cul-de-sac vésico-rectal, second foyer ne communiquant pas avec le précédent.

OBS. 28. — *Appendicite pelvienne. Laparotomie. Mort.* (Th. JACOB, 1892-93.) — Augustine P..., 10 ans; prise le 16 mai 1893 de douleurs abdominales avec vomissements. Le 17, douleurs plus vives à droite. Dans la nuit, lavements purgatifs. A son entrée à l'hôpital: agitation extrême, cyanose, pouls insensible.

Laparotomie médiane. Épiploon gangrené, pus partout dans l'abdomen avec gros foyer pelvien; un autre foyer près de l'estomac. L'appendice

plonge dans le petit bassin, il adhère à l'épiploon et aux organes génitaux qui sont très congestionnés. Mort dès le début de l'opération. L'appendice est court, rouge, tuméfié.

OBS. 29. — *Appendicite pelvienne*. (Th. ESNAULT. Obs. 13, BROCA. Résumé.) — Le nommé P. Henri, 10 ans 1/2, entre à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers, le 21 janvier 1897, pour suite de péritonite. Par le toucher rectal on constate une masse douloureuse étendue dans le cul-de-sac postérieur.

OPÉRATION, le 20 février. — Incision iliaque. L'appendice va plonger dans le détroit supérieur, sa pointe se coupe d'elle-même et sous elle ; dans le bassin, gagnant la ligne médiane, existe un foyer granuleux à pus épais et peu odorant. On met un drain.

L'enfant sort guéri le 27 mars 1897.

OBS. 30. — *Appendicite pelvienne avec ténésme*. (Thèse ESNAULT. Obs. 16, BROCA. Résumé.) — Le nommé Georges T..., âgé de 14 ans, entre à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers, le 15 mars 1897.

Dans la nuit du 1^{er} mars il avait été réveillé par de violentes coliques sans pouvoir aller à la selle. Il vomit. Malgré ce, il reste levé jusqu'au 15 mars.

Le 15 mars, à 2 heures, opération. Incision au lieu d'élection. Mèches dans le petit bassin. Vaste poche purulente.

Le 17 avril, la plaie est refermée ; le 9 octobre la cicatrisation est à peu près complète. Guérison.

OBS. 31. — *Appendicite pelvienne. Laparotomie iliaque. Guérison*. (Th. de M^{lle} GORDON, 1896, obs. de BROCA.) — Garçon de 11 ans, Le Dr Guinon trouvant avec de la fièvre, de la douleur, une résistance vers l'hypogastre, conclut à une appendicite. Le 23 mai, je trouvai une tumeur qui occupait la fosse iliaque droite, mais fortement en dedans. Temp. 39° 5, pouls assez petit, mais régulier, à 120.

Le 24 mai. Incision oblique. En dedans, vers le détroit supérieur je sentis une masse dure et en cheminant vers elle, j'effondrai une adhérence et je vis sortir environ un verre à bordaux de pus fétide. J'introduisis un drain dans le foyer, qui plongeait dans le petit bassin. Guérison achevée le 21 juillet.

OBS. 32 (inédite). — *Appendicite pelvienne. Incision iliaque. Guérison*. (Observée et opérée par M. BROCA, due à son extrême obligeance.) —

G. . . . Germaine, 7 ans, entre le 24 octobre 1899, salle Valleix, hôpital Trousseau. L'enfant se plaint depuis 3 semaines d'une douleur ayant débuté brusquement dans la fosse iliaque droite, ces douleurs reviennent surtout le matin et le soir ; l'enfant dort bien et n'a gardé le lit que deux jours. Pas de vomissements, selles diarrhéiques. Actuellement, un peu de matité au niveau des fosses iliaques droite et gauche, mais plus marquée à droite. A l'exploration, défense musculaire de la paroi, pas d'empatement. On croit cependant sentir une petite tumeur située assez profondément et qui provoque une douleur quand on la touche. Temp. 38°, P. 114, bon.

Le 27 octobre. Langue sale, pas de selles, miction normale, temp. 38°, 1, pouls 120, très bon, ventre non ballonné, les signes objectifs observés à l'entrée persistent.

Le 14 novembre. Temp. 37°, pouls 100 ; on ne sent presque plus rien dans la fosse iliaque droite, seulement un peu de douleur à la pression profonde.

OPÉRATION le 19 novembre. — Incision iliaque ; épiploon encore un peu rouge, l'appendice descend dans le petit bassin, où il adhère par sa pointe. Dans la libération, section de la pointe, qui est ensuite enlevée à la pince. On laisse une mèche dans cette petite cavité fongueuse.

A la suite de l'opération, on observe pendant quelque temps un peu de température vespérale, 38°, 39° et même 40°. L'état général est d'ailleurs mauvais, l'enfant tousse beaucoup. La mèche est retirée le 4 décembre, et la plaie est complètement cicatrisée vers la fin de février 1900.

Obs. 33 (inédite). — *Appendicite pelvienne. Incision de Roux. Guérison.* (Due à l'extrême obligeance de M. BROCA.) — S. . . , Mathilde, 11 ans, entre salle Valleix, hôpital Trousseau, le 18 mars 1900, antécédents nuls. Rougeole à 7 ans. Depuis l'âge de 5 ans, l'enfant est sujette à des crises durant deux ou trois jours pendant lesquelles elle vomit tout ce qu'elle prend ; en dehors de toute ingestion d'aliments, elle a des vomissements bilieux. Actuellement elle est assez faible et ne dort pas la nuit parce qu'elle a mal dans le ventre.

Le 3 mars. A l'inspection du ventre rien de particulier, palpation douloureuse en général, surtout au niveau de la fosse iliaque droite, où il y a hyperesthésie cutanée ; pas de point de Mac Burney. Langue chargée, constipation, vomissements, pouls 120.

19 mars. Accalmie, pas de météorisme. La palpation ne provoque aucune douleur au niveau de la fosse iliaque, la paroi abdominale se laisse assez facilement déprimer, aucun empatement profond n'est perçu ; pouls 72. Température normale.

OPÉRATION. — Le 22 mars Incision de Roux. Cæcum non adhérent ; au-

dessous et en dedans de lui, l'appendice non adhérent à sa base, descend vers le petit bassin. Dans la libération il se rompt et après l'avoir réséqué, on va à la recherche de la pointe située en avant du promontoire en dedans et en arrière de la trompe et de l'ovaire qui sont adhérents. Drain et mèche iodoformée — le petit foyer contenant un peu de pus non odorant et des fongosités.

A la suite de l'opération, température normale.

30 mars. On retire les fils et le drain, peu de suppuration; le 15 avril, la malade sort guérie.

Obs. 34 (inéдите). — *Appendicite pelvienne. Incision de Roux. Guérison.* (Due à l'extrême obligeance de M. BROCA.) — Henri M..., 11 ans et demi, entre le 6 janvier 1900, salle Legendre, hôpital Trousseau. Il a été soigné pendant deux ans pour tuberculose pulmonaire. Douleur dans la fosse iliaque droite, vomissements, fièvre assez vive, deux selles à la suite d'un lavement, ventre relativement assez souple, ni ballonné, ni rétracté. Indépendamment de la fosse iliaque on trouve d'ailleurs plusieurs autres points douloureux. Le malade est mis au repos et au traitement.

18 janvier. Le ventre est complètement souple, la palpation même profonde ne révèle aucune douleur, la température est aux environs de 37°.

OPÉRATION. — 1^{er} février. Sous le chloroforme, on sent une tuméfaction profonde qui siège vers le détroit supérieur. Incision de Roux, pas d'adhérence en avant, mais en arrière il en existe, et cette masse conduit vers le petit bassin où l'on trouve un abcès gros comme une forte noix, contenant un pus un peu fétide et bien lié. Dans ces adhérences, l'appendice n'a pas été réséqué. On met un gros drain et une mèche iodoformée.

A la suite de l'opération, on observe un peu de température, 39°, 8, 38°, 2, de la bronchite, la plaie est très bien; le malade sort le 8 avril, la cicatrice est régulière.

Obs. 35 (inéдите). — *Appendicite pelvienne. Incision de Roux; plus tard contre-incision vaginale. Mort.* (Due à l'extrême obligeance de M. BROCA.) — Marguerite P..., 11 ans et demi, entre le 5 janvier 1900, salle Valleix, hôpital Trousseau: antécédents nuls; rougeole à 8 ans, coqueluche à 9 ans.

A la suite d'une grippe légère, l'enfant a été prise le 25 décembre de douleurs dans la fosse iliaque droite, de vomissements et de diarrhée. A l'examen, empatement de la fosse iliaque droite, qui s'étend jusque dans la fosse iliaque gauche. Matité sous-ombilicale, pouls 116, température 39°. Le toucher rectal révèle une grosse masse fluctuante occupant la partie gauche et antérieure du rectum.

8 janvier. L'empâtement persiste, la douleur à la pression est moindre, le pouls bon 108, température 37°,4.

OPÉRATION le 8 janvier. Incision de Roux. Pus fétide jaunâtre et assez bien lié. Drainage.

16 janvier. Il s'écoule par le vagin du pus et des matières stercorales liquides, on ne peut arriver à trouver l'orifice de communication, c'est seulement avec application du spéculum que l'on peut apercevoir sur la paroi postérieure du vagin, un orifice punctiforme par lequel coule un liquide noirâtre d'odeur infecte.

17 janvier. On constate un empâtement de la fosse iliaque gauche. Incision gauche qui ouvre un foyer contenant une certaine quantité de pus bien lié. Drainage. La fièvre, qui était à 39°,2, tombe le soir à 37°,8.

18 janvier. Apparition d'une teinte subictérique des conjonctives. Lavage du vagin 2 fois par jour. Les selles sont moulées et fétides. L'état général reste mauvais, l'écoulement vaginal persiste. Le 25 janvier on dilate la fistule vaginale et on y met un drain.

La petite malade meurt le 26 janvier à la suite d'une hémorrhagie vaginale.

AUTOPSIE. — Adhérences dans toute la cavité abdominale des deux côtés. Dans le petit bassin existe une large poche, dont la paroi postérieure est formée par le rectum et la paroi pelvienne, tandis que la paroi antérieure est formée par l'utérus et les ligaments larges; la voûte est formée par des anses grêles; en bas, la poche descend dans le cul-de-sac de Douglas, et s'ouvre à l'union de la partie postérieure du vagin avec le col. On trouve là le drain qu'on avait placé la veille de la mort après dilatation de la fistule. La poche contenait encore quelques caillots, elle était organisée avec de nombreux vaisseaux néoformés. L'appendice était perforé près de son sommet.

Obs. 36 (inédite). — *Appendicite pelvienne, diagnostic en balance avec celui de salpingite.* (Due à l'obligeance de notre ami M. LEROY DESBARRES, interne des hôpitaux.) — Léontine F..., 26 ans, entre le 9 mai 1900, salle Notre-Dame, dans le service de M. le Professeur Duplay à l'Hôtel-Dieu. Antécédents héréditaires: frère tuberculeux. Antécédents personnels: bronchite à 5 ans et depuis tousses toujours à l'entrée de l'hiver; a eu 2 enfants dont l'un est mort à 11 mois d'une méningite.

7 mai. A quatre heures du matin, la malade a été prise subitement d'une violente douleur dans le côté droit, allant en augmentant progressivement.

8 mai. Deux vomissements abondants, verdâtres. Forte diarrhée depuis 8 jours.

9 mai. Entrée d'urgence à l'hôpital sur le conseil du médecin.

EXAMEN. — Pas de point de Mac Burney; le ventre est douloureux dans la portion inférieure du côté droit. A la palpation, le maximum de douleurs est à la partie inférieure de la fosse iliaque, s'enfonçant vers le petit bassin. La douleur est moins vive dans la région lombaire, on ne sent pas de boudin cæcal, mais il y a une certaine résistance de la paroi au niveau de la fosse iliaque droite.

Par le toucher vaginal, on ne trouve dans le cul-de-sac droit, ni collection, ni induration, mais on réveille une douleur très forte qui s'augmente et qui devient intolérable lorsque l'on combine le toucher vaginal et le toucher rectal du côté droit. Vu l'intensité des phénomènes généraux : vomissements, élévation de température $38^{\circ},8$; on songe à une appendicite, mais à une appendicite pouvant être compliquée de salpingite.

OPÉRATION le 9 mai, 4 heures 1/2 soir. — On ne trouve pas de liquide dans l'abdomen; le cæcum et la partie inférieure de l'iléon sont un peu rouges, les anses intestinales ne sont pas dépolies.

L'appendice descend derrière le cæcum, sa pointe plonge légèrement dans le petit bassin, il n'est pas adhérent, et attiré au dehors on ne constate pas de fausses membranes, il est simplement oedémateux. Du côté correspondant, la trompe et l'ovaire sont sains. A l'examen microscopique l'appendice est gros, d'une longueur de 9 à 10 centimètres; à la coupe il ne contient pas de matières fécales liquides; la muqueuse très épaissie présente quelques ecchymoses et une légère érosion.

Aujourd'hui 24 mai, la malade est en bonne voie de guérison.

Obs. 37. — *Appendicite et grossesse prise pour un kyste de l'ovaire à pédicule tordu. Laparotomie. Résection de l'appendice.* (GUINARD, in Th. BARNSBY.) — Il s'agit d'une femme de 20 ans, avec un passé génital chargé, qui présenta cinq jours seulement avant son entrée à l'hôpital, des accidents péritonéaux de moyenne intensité, consistant en ballonnement du ventre, douleurs abdominales, mal localisées, température peu élevée, phénomènes intestinaux mal dessinés.

Cette malade, qui prétendait être enceinte de 3 mois, présentait une tumeur fluctuante peu douloureuse, remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et occupant le flanc droit.

Au toucher vaginal, l'utérus est trouvé immobile, douloureux, très adhérent à une tumeur fluctuante remplissant le cul-de-sac vaginal droit.

Le diagnostic posé fut : kyste de l'ovaire chez une femme enceinte, et les accidents péritonéaux furent mis sur le compte d'une torsion lente du pédicule.

LAPAROTOMIE. — Après l'incision abdominale médiane, on tombe sur une

masse rougeâtre, lisse, que l'on reconnaît pour un utérus gravide. La main portée autour de l'utérus, sent, à droite, sur le côté de la matrice, de l'empâtement, et en écartant un peu la paroi abdominale de l'utérus, on voit sourdre un peu de liquide louche.

On agrandit l'incision et on trouve sur le côté droit de l'utérus une collection purulente, fétide, peu abondante, mal limitée par des fausses membranes. On éponge avec soin et on découvre que cette cavité est occupée par l'appendice iléo-cæcal, perforé à 6 centimètres de son extrémité terminale, arrondie en massue. Par cet orifice était sorti un petit corps étranger de la forme d'un noyau de datte, mais plus petit.

L'appendice est lié et réséqué à la base.

Entre le cæcum et l'utérus, sur une assez longue étendue, on voit une surface péritonéale, revêtue de fausses membranes. On tamponne avec des compresses imbibées d'eau phéniquée.

On fait une contre-ouverture dans le flanc au-dessous de l'arcade de Fallope pour drainer et on referme le ventre. Guérison.

OBS. 38. — *Appendicite prise pour une annexite. Laparotomie. Résection de l'appendice.* (PIQUÉ, in Th. BARNSBY). — M^{lle} X. ..., 25 ans, réglée à 15 ans régulièrement, bien portante jusqu'en novembre 1895. A cette époque est prise subitement, en pleine santé, d'une douleur atroce dans le ventre, elle se généralise aussitôt et s'accompagne de vomissements, de constipation, de fièvre (39°) et d'anorexie absolue.

Le docteur Bourgoin, appelé, constate que la sensibilité abdominale, quoique généralisée, est surtout marquée dans la fosse iliaque droite au niveau du point de Mac Burney. Néanmoins, il n'existe aucune tuméfaction dans la région appendiculaire. La fosse iliaque est libre. On pose le diagnostic d'appendicite et on institue le traitement médical classique. La situation se détend. L'alimentation seule reste difficile.

Le sixième jour, après le début, les règles apparaissent. Avec elles, les phénomènes aigus disparaissent. L'alimentation devient possible (régime lacté). Les vomissements se suppriment, les selles deviennent quotidiennes grâce aux lavements. Il ne persiste qu'une douleur droite, sourde, surtout marquée au moment des digestions. Cependant l'état général reste médiocre, la fièvre est subcontinue, le pouls fréquent, l'appétit nul.

Au bout de 3 semaines (décembre), en présence de cet état toujours inquiétant, on se décide à pratiquer un toucher vaginal, pour lequel on avait hésité (la malade étant vierge). On trouve un utérus fixe, douloureux. Les culs-de-sac latéraux sont durs et remplis par une masse d'exsudat dont on fait une lésion annexielle bilatérale. A droite, la masse semble soudée à l'utérus, la fosse iliaque est toujours libre, mais sensible.

A la suite de cet examen les règles réapparaissent. L'état général se relève, et, quelques semaines après, la malade reprend ses occupations (février).

Le 30 avril 1897. Nouvelle crise identique à la première, réapparition des mêmes symptômes aussi aigus, douleur toujours généralisée et semblant même plus marquée au niveau de l'hypogastre. Même traitement médical. La phase aiguë se dissipe et la malade tombe à nouveau dans une phase torpide semblable.

La fosse iliaque est toujours libre, le toucher accuse des phénomènes d'inflammation péri-utérine plus accentuée. Le bord droit de l'utérus est toujours très douloureux. La mobilisation du col est particulièrement sensible. On renonce de nouveau au diagnostic d'appendicite et on conclut à une annexite.

Un seul symptôme ramenait vers l'appendicite, c'était l'intolérance absolue de l'intestin aux purgatifs les plus légers. Chaque essai était suivi de vomissements porracés.

Pendant quatre mois, alternatives d'améliorations et de rechutes : peu bruyantes. L'état général s'aggravant, la malade rentre à la maison Dubois dans le service du D^r Picqué.

PREMIER EXAMEN. — On trouve au toucher un utérus en antéflexion. La mobilisation en est possible et non douloureuse. Par la palpation bimanuelle, on délimite une masse volumineuse siégeant vers la partie moyenne de l'arcade crurale, paraissant descendre de la fosse iliaque et venant dans le cul-de-sac latéral droit. La tumeur est encore distante du cul-de-sac et semble indépendante de l'utérus. Il n'existe aucune fluctuation manifeste. Au toucher rectal on note des points douloureux circonscrits à la partie supérieure et externe de la tumeur.

Les annexes gauches sont indemnes.

En présence de la persistance de l'hymen, des crises antérieures ressemblant à des crises appendiculaires, de la douleur longtemps localisée à droite, de l'absence de connexions de la tumeur avec l'utérus et de l'unilatéralité de la lésion, on se rattache à l'idée ferme d'une appendicite.

Le lendemain de cet examen, nouvelle crise avec douleurs généralisées et fièvre (39°).

DEUXIÈME EXAMEN. — On remarque une extension considérable de la tumeur du côté du cul-de-sac qui est rempli complètement. La masse est fusionnée avec l'utérus, qui est douloureux. Ces signes font abandonner l'idée première et on diagnostique une annexite droite due à une cause inconnue ne relevant pas de la puerpéralité. Intervention conseillée et acceptée.

LAPAROTOMIE MÉDIANE, 4 septembre 1897. — Il s'agit d'une appendicite accolée à l'utérus. L'appendice est très volumineux, à parois très épaisses. Il contient dans sa cavité trois calculs stercoraux. Il adhère par son extrémité libre au fond et à la face latérale droite de l'utérus, maintenu qu'il était en ce lieu par de nombreuses adhérences.

Résection de l'appendice, drainage.

Convalescence rapide. Guérison.

Obs. 39 (inédite). (Due à l'obligeance de M. CELOS, interne des hôpitaux.)

— *Crise d'appendicite prise pour une colique néphrétique.* — Alphonse S..., 29 ans, entre le 6 février 1900 salle St-Thomas, dans le service du Dr Duplay, à l'Hôtel-Dieu. Ce malade, d'après les renseignements rapides que nous avons recueillis au moment de l'examen qui précéda l'intervention, aurait eu déjà, en décembre 1899, une crise de douleurs abdominales avec irradiations dans le testicule gauche et la verge. Cette crise fut qualifiée de : coliques néphrétiques. Le malade présente des douleurs dans les flancs aussi bien à gauche qu'à droite.

Il y a eu 4 crises semblables durant l'hiver. Le malade aurait, paraît-il, rendu quelques graviers dans l'urine. Il n'a jamais uriné le sang.

Dans la nuit du 5 au 6 février le malade est repris de ses douleurs abdominales, douleurs irradiées dans la région des reins. On parla de coliques néphrétiques et même hépatiques ; on le mit en observation soigneusement.

Le ventre devient ballonné, le malade vomit, mais il va à la selle et rend des gaz.

8 février. Le soir il souffre davantage, au moment de l'examen (8 heures du soir), douleur diffuse dans le ventre aussi bien à droite qu'à gauche.

La palpation des reins n'est pas douloureuse. Il n'y a pas de point de Mac Burney et jamais ce signe, *recherché*, n'a été constaté.

Il y a du météorisme très accentué, le ventre est dur mais pas ligneux.

La sonorité s'étend dans la région hépatique et la matité du foie remonte à 4 travers de doigt au-dessus des fausses côtes. On aurait constaté auparavant un petit foie.

Pas de hernie. Langue humide. Pouls 90. Le malade a uriné seul (urines pas chargées).

Il y a eu aujourd'hui trois vomissements, pas porracés, ni fécaloïdes.

M. Legueu, appelé, est d'avis d'intervenir. Diagnostic : appendicite.

Il n'existe que des signes de péritonite à l'heure actuelle.

OPÉRATION. — Incision sur l'appendice. Le cæcum distendu sort. Il n'y

a pas de réaction péritonéale autour, ni rougeur, ni pus, ni liquide. Les anses sortent librement sans adhérences. En cherchant l'appendice, on trouve un cordon bizarre collé contre le cæcum plongeant dans le petit bassin, on l'attire avec les plus grandes difficultés. Une odeur fécale se répand aussitôt et soudain un gros abcès pelvien se crève ; il contient du pus fétide, siège le long du rectum dans le petit bassin. Un cordon entouré d'adhérences est dans cet abcès, c'est l'appendice qui est enlevé par fragments. Suture du bout cæcal et drainage du petit bassin et de la fosse iliaque droite. Une suture est faite à la paroi à chaque extrémité de l'incision.

Les suites furent très ordinaires. Le premier pansement fut fait le 10. La guérison survint sans complications.

Obs. 40 (inédite). — *Appendicite pelvienne. — Diagnostic hésitant.* (Due à l'obligeance de notre maître, M. CH. WALTHER.) — M^{lle} L..., 18 ans. Entre à la maison Dubois dans le service du Dr Ch. Walther. (Mère scoliotique, père très goutteux, sœur aînée : rhumatisme déformant ancien et prononcé.) Rougeole à 6 ans. Erysipèle de la face à 16 ans. De 13 à 16 ans, coxalgie hystérique probable ayant laissé une légère scoliose lombaire. La malade est une névropathe, issue de névropathe. Réglée à 15 ans régulièrement, mais règles douloureuses. Dyspepsie habituelle surtout ces derniers temps ; quinze jours avant la crise actuelle, dyspepsie avec vomissements, coliques. Pas de constipation habituelle.

12 mars. Première crise en même temps que les règles, qui ont leur durée normale, mais marquent le début de l'affection.

Début par coliques abdominales irradiées dans tout le ventre, mais plus marquées dans la fosse iliaque droite sans point douloureux précis, vomissements alimentaires et bilieux, diarrhée. La malade continue à sortir pendant quatre jours.

Le 16, elle prend le lit. Diagnostic : coliques néphrétiques. L'état empire : vomissements incessants, douleurs vives et continuelles.

Le 21, ventre ballonné, peu douloureux au palper ; pas d'hypéresthésie ; point douloureux un peu plus bas que le point de Mac Burney, paroi contracturée. Submatité dans la fosse iliaque droite. Température : matin, 37°,8 ; soir, 37°,8.

Le 23. Traits tirés, pouls petit et fréquent, douleurs vives et continuelles. Vomissements incessants ; tuméfaction assez grosse, médiane, dépasse plutôt à droite. Température : matin, 38° ; soir, 38°,4.

Le 25. Deux jours plus tard, la malade perd par le vagin un liquide sale, gris noirâtre, horriblement fétide. Température : matin, 38°,2 ; soir, 37°,8.

Le 26, pus ; les jours suivants température baisse, vomissements cessent, douleurs moins vives. Température : matin, 37°,6 ; soir, 37°,4.

Le 27, alimentation. Température : matin, 37°,4 ; soir, 37°,6.

Le 28, journée bonne. Température : matin, 36°,6 ; soir, 36°,8.

Le 29, fièvre, coliques. Température : matin, 36°,6 ; soir, 38°. L'écoulement du pus se fait mal, la tumeur augmente. La température échelonne peu à peu jusqu'à 39°,4, température qu'elle présente à son entrée à la maison Dubois.

Le 3 avril, entrée à la maison Dubois dans le service du Dr Ch. Walther. Température : matin, 38°,5 ; soir, 39°,4.

Le 4, la malade va un peu mieux, ne vomit pas ; à la palpation on perçoit une tumeur occupant toute la fosse iliaque droite et s'étendant jusqu'à la ligne médiane. Tumeur dure et ligneuse, douloureuse. Le doigt introduit dans le vagin perçoit la même tumeur, et au niveau du cul-de-sac postérieur une éminence percée d'un orifice par lequel s'écoule du pus. M. Walther agrandit cet orifice avec le doigt et il s'écoule un flot de pus ; lavage à l'eau bouillie et drainage avec deux gros tubes en caoutchouc ; la température baisse et n'a pas remonté jusqu'au jour de la sortie.

Le 8, alimentation reprise.

Le 10, on laisse un seul drain.

Le 14, un drain plus petit.

Le 17, la malade sort sur sa demande.

Le 26, il y a un peu de pus.

Le 27, la malade est revue par le Dr Guillemot, elle va très bien ; commence à se lever ; pas de pus.

Le drainage continue : la poche n'est pas refermée ; drain plus court et plus gros. Tuméfaction du volume d'un œuf de poule à grand axe oblique en bas, en dedans, et en avant, dure, indolore, diminue constamment.

Le 30, les règles sont revenues, elles ont duré moins longtemps (trois jours environ) que de coutume, mais ont été plus abondantes. Elles ont été très douloureuses le premier jour. Elles n'avaient pas réapparu depuis le 14 mars.

En mai, M. Walther constate par le toucher vaginal une induration qui lui paraît répondre à l'appendice.

OBS. 41 (inérite).— *Appendicite pelvienne prise pour une annezite. Opération. Guérison.* (LUTAUD, in thèse de LEROY, Paris, 1897, p. 73 (résumée).— M^{me} G., 31 ans, a été opérée en 1889 pour un kyste de l'ovaire du côté gauche.

L'ovaire droit n'a pas été touché, et la menstruation a toujours été normale.

En décembre 1894, retard de quelques jours. Elle fut prise, le 20 décembre, d'accidents graves, vomissements, douleurs intenses dans la région hypogastrique, tympanisme, coliques violentes, ténésme anal et vésical. La température s'élève le 31 décembre, à 40°,5. Douleur vive plutôt dans la fosse iliaque droite. Le toucher vaginal, combiné avec la palpation abdominale, indique la présence d'une masse assez étendue siégeant en arrière de l'utérus et à droite. Comme la malade se plaint de coliques utérines violentes et qu'il existe un écoulement sanguin, je pense à une fausse couche.

Le lendemain 1^{er} janvier, la situation s'aggrave. Je me décide à intervenir et à pratiquer le curettage. Je fus très surpris de trouver la cavité utérine complètement vide. Le palper bimanuel pratiqué pendant l'anesthésie permet de constater l'existence d'une tumeur fluctuante dans la fosse iliaque droite, adhérent à l'utérus. Je diagnostique un pyosalpinx. Intervention refusée.

Trois mois plus tard je revis la malade, elle n'a pas été réglée en février.

Je pratique un nouvel examen. Je suis très surpris de trouver l'utérus et la trompe droite assez mobiles. La tumeur que j'avais constatée en décembre existe toujours, mais plus haut et tout à fait indépendante de l'utérus.

C'est alors que je pensais à la possibilité d'une appendicite. L'examen rétroactif des événements justifiait ce diagnostic. Ce qui le confirma amplement ce fut l'expulsion, le 3 mars, d'un œuf d'environ six semaines. La tumeur ne se rapportait donc pas à l'appareil utéro-ovarien, puisque la malade, privée de son ovaire droit, avait pu concevoir.

OBS. 42. — *Appendicite pelvienne prise pour une annexite. Guérison.* (LUTAUD, in thèse de LEROY. Paris, 1897, p. 75) (Résumée.) — M^{me} B..., 29 ans, vient me consulter parce qu'elle n'a pas d'enfant de son second mariage. Elle a un fils de 9 ans. Depuis, quoique bien réglée, elle n'a pu concevoir.

Je vois cette femme le 12 juillet 1895 ; je ne trouve aucune lésion pouvant expliquer la stérilité. Je place un pessaire de Hodge. Huit jours plus tard je la trouve au lit le visage anxieux. Le ventre est tuméfié, la douleur est généralisée à l'hypogastre, quoique plus accentuée à droite. La température est de 39°,2 ; la malade a eu quelques vomissements dans la nuit ; elle s'était purgée la veille. Par le toucher et la palpation je constate un empatement que j'attribue à une annexite et des adhérences évidentes entre la tumeur et l'utérus ; je m'arrête décidément au diagnostic d'une annexite droite en voie de suppuration avec péritonite. Il est bon de dire qu'il s'écoule par le vagin du pus gonococcique.

Deux jours après, il y a une détente, et la température descend à 38°,5; la malade souffre moins; elle accuse du ténésme rectal et vésical; le ventre, redevenu palpable, me laisse distinctement entrevoir une masse phlegmoneuse adhérente à l'utérus et occupant la fosse iliaque droite.

Huit jours plus tard (1^{er} août) la fièvre a disparu ainsi que les phénomènes graves.

La malade part pour l'Amérique, le 12 août.

Cette malade m'a écrit à la fin de décembre. Elle avait eu à San-Francisco, le 30 septembre, une attaque absolument semblable à celle que j'avais combattue à Paris par des moyens médicaux; comme les symptômes avaient présenté une gravité exceptionnelle, sa famille avait consenti à une opération, et voici la note qui m'a été remise à ce sujet : « Mme B... a été opérée le 5 novembre 1895, pour un abcès collecté au niveau de l'appendice. Cet abcès se trouvait réuni dans deux poches distinctes dont une s'étendait jusqu'au voisinage de l'utérus. »

OBS. 43. — *Appendicite pelvienne prise pour une annexite. Opération. Guérison.* (LUTAUD, in th. de LEROY, Paris, 1897). (Résumée.) — Mme A..., 32 ans. Étant en Allemagne en 1881, avait été prise subitement d'une douleur foudroyante, généralisée dans tout le ventre. La malade avait dû s'aliter immédiatement; elle avait été prise de vomissements, et le médecin appelé auprès d'elle, l'avait traitée pour une péritonite. Les renseignements précis manquent. La malade resta au lit pendant un mois et ne s'est jamais remise depuis.

Elle a été reprise, à différentes époques, d'accidents similaires, mais moins graves.

Je procède à un examen le 3 avril 1895; je trouve l'utérus enclavé dans une masse de tumeurs en apparence fluctuantes: la plus volumineuse s'étendait à droite et semblait remonter très haut. La température est normale; pas de sécrétions vaginales; mais il s'écoule par la vessie, à chaque miction, une quantité énorme d'un pus horriblement fétide. La quantité de pus éliminée chaque jour varie de 600 à 200 grammes. Il y a des gonocoques dans le pus.

L'hystérectomie vaginale fut pratiquée avec une facilité que j'étais loin d'espérer; une quantité de pus qu'on peut évaluer à plus d'un litre s'écoula. La cavité de l'abcès mesurait 30 centimètres de profondeur et s'étendait jusqu'aux confins du foie.

Mais là ne devait pas s'arrêter ma surprise. L'autopsie des organes enlevés nous montra un utérus et deux ovaires parfaitement sains.

J'ajouterai, pour justifier l'intervention que, plusieurs jours avant

l'opération, la fistule faisant communiquer l'abcès avec la vessie, s'était bouchée et qu'il en était résulté pour la malade une aggravation de tous les symptômes, et notamment un retour de la fièvre qui atteignit 39°,5.

OBS. 44. — *Appendicite pelvienne*. (RICHELOT, in th. de LEROY, Paris.) — En octobre 1896, je vois une jeune femme de 26 ans, souffrante depuis une fausse couche qui remonte à trois années. La douleur est à droite; le ventre est sensible au palper. Il n'y a pas eu de « coliques appendiculaires », pas de crises avec nausées et vomissements. La tumeur est basse, accolée au bord droit de l'utérus, dont elle se distingue facilement; le côté gauche est indemne.

J'hésite entre les deux hypothèses : lésions annexielles unilatérales, ou appendicite adhérente aux annexes.

Par une laparotomie médiane, j'arrive sur une trompe et sur un ovaire droits à peu près sains; mais, pour y arriver, je détache un paquet épiploïque qui leur adhère intimement et au milieu duquel est plongé un appendice, à parois épaisses, à extrémité libre ulcérée et collée sur l'ovaire. La malade guérit après la résection de l'appendice.

OBS. 45. — *Appendicite pelvienne*. (TREUB, in thèse de LEROY, Paris, 1897.) — Une jeune femme de 30 ans se présente, le 13 février 1893, à la Clinique gynécologique de Leyde. Trois semaines auparavant, elle a ressenti de fortes douleurs ayant débuté brusquement dans le côté droit du bas-ventre, irradiant dans les jambes et les reins.

La défécation et la miction ont toujours été normales.

Les douleurs s'atténuent par le repos au lit. Huit jours après, température normale.

Le 22 février, examen sous le chloroforme. Légère résistance au palper dans toute la moitié droite du bassin. Le palper bimanuel révèle un utérus et des annexes sains; seulement, une tumeur de la grosseur du poing vient faire saillie dans le cul-de-sac. Sa partie n'est pas libre et semble avoir contracté des adhérences avec l'intestin.

La partie inférieure est assez ronde et de consistance inégale. Le ligament large est infiltré, on ne peut sentir de pédicule reliant la tumeur à l'utérus.

Diagnostic : kyste de l'ovaire, peut-être dermoïde avec torsion du pédicule et péritonite consécutive.

OPÉRATION, le 1^{er} mars. — Les annexes sont saines et indépendantes; on tombe sur une masse agglutinée d'intestin et d'épiploon située dans

leur voisinage; et entourant un appendice enflammé. Résection; pas de pus dans la cavité. Guérison rapide et sans encombre.

OBS. 46. — *Appendicite prise pour une annexite.* (BOUILLY. *Semaine gynécologique*, 1897, p. 322 résumée.) — Débuts suraigus d'accidents péritonéaux chez une femme de trente ans, en pleine santé, sans aucun antécédent abdominal, ni utérin; vomissements, ballonnement du ventre, sensibilité péritonéale étendue à presque tout l'abdomen, aussi vive à gauche qu'à droite; température élevée persistante; facies altéré, état grave d'emblée. Le diagnostic complet est impossible; ni l'histoire de la malade, ni l'examen local ne peuvent en fournir les éléments; une sensibilité assez vive du cul-de-sac postérieur ne permet que de reconnaître l'extension infectieuse au péritoine pelvien et de soupçonner peut-être un point de départ annexiel; en tout cas, je préviens le mari que la persistance des accidents un jour de plus nous imposera la nécessité d'une laparotomie; au quatrième jour une accalmie se produit; je suis prévenu que la malade va mieux; quarante-huit heures plus tard, elle était morte! Le diagnostic rétrospectif s'imposait; seule l'appendicite perforante tue avec cette rapidité; l'annexite la plus aiguë n'est pas capable de pareils méfaits, à moins de rupture d'un pyo-salpynx dans un abdomen non préparé, c'est-à-dire non défendu par des adhérences péri-annexielles. Dans ce cas particulier, il n'y avait rien de pareil à supposer, aucun accident génital dans le passé n'avait pu créer la menace d'une péritonite de cette gravité.

OBS. 47. — *Appendicite prise pour une annexite.* (BOUILLY. *Semaine gynécologique*, 1897, p. 322 résumée.) — Une femme m'était adressée à l'hôpital avec le diagnostic de pelvi-péritonite annexielle, et qui avait toutes les raisons, dans le passé et le présent, pour sembler justifier ce diagnostic: crises abdominales douloureuses anciennes et répétées, menstruation pénible; poussée subaiguë péritonéale durant depuis trois semaines. Au moment de l'entrée, ventre modérément ballonné, douloureux dans toute la région hypogastrique; sensation de rénitence dans les régions iliaques; culs-de-sac empâtés et douloureux. La laparotomie est pratiquée et nous montre une péritonite purulente généralisée avec des matières fécales dans le péritoine et une perforation intestinale dans la région du cæcum. Les annexes étaient saines ou à peu près, en tout cas, complètement innocentes des accidents actuels.

OBS. 48. — *Appendicite prise pour une annexite.* (BOUILLY. *Sem. gynécologique*, 1897, p. 322.) — Dans le courant de l'année dernière, j'étais appelé

d'urgence pour voir en province une jeune femme de 24 ans que l'on croyait atteinte d'obstruction intestinale ; depuis quatre jours, elle présentait les phénomènes péritonéaux les plus graves : ballonnement du ventre, vomissements bilieux, répétés, douleur abdominale généralisée, facies hippocratique, le tout accompagné d'une température élevée de 39° à 39°,5. Au fur et à mesure qu'on me racontait l'histoire de cette malade, l'idée de l'obstruction intestinale s'évanouissait et du reste, à mon arrivée (cinquième jour des accidents) une détente complète s'était produite.

Le matin même, deux ou trois garde-robes, semi-liquides, s'étaient produites, et les accidents péritonéaux étaient en pleine décroissance ; la malade était tranquille, ne se plaignant plus, apyrétique ou à peu près (37°,8) avec un pouls à 104, et un facies fatigué, mais nullement inquiétant ; le ventre était modérément sensible sans aucune localisation marquée, sinon vers le bord droit de l'utérus, où il existait le maximum de la douleur. Celle-ci, cherchée à plusieurs reprises et avec insistance, n'existait pas sur la ligne spino-ombilicale ; le point de Mac Burney manquait totalement. Par le toucher on provoquait une douleur assez vive dans le cul-de-sac postéro-latéral droit et cette même région paraissait sinon empâtée, plus résistante, moins dépressible et moins souple qu'à l'état normal. Ajoutons à cela que cette jeune femme était atteinte d'un écoulement utérin muco-purulent abondant, que l'absence de soins de propreté rendait très fétide, que malgré le mariage et la régularité des rapports conjugaux, elle se masturbait avec frénésie. J'éliminai, sans m'y arrêter, l'idée de l'obstruction intestinale, et je discutai le diagnostic de l'appendicite ou de l'annexite droite ; tout me paraissait pencher en faveur de cette affection et en tenant compte de l'accalmie dans laquelle je trouvais la malade, je croyais y puiser encore une confirmation de ce diagnostic et surtout l'indication de l'abstention opératoire. Et de fait, j'aurais bien surpris tout l'entourage, et je me serais étonné moi-même, si en face de cette malade à signes presque négatifs et à symptômes en voie de résolution, j'avais insisté pour une intervention immédiate. Je connais trop bien l'évolution habituelle des phénomènes péritonéaux annexiels pour m'en effrayer outre mesure et prendre une décision opératoire d'urgence. Je partis en rassurant la famille, tranquille sur l'issue immédiate des accidents actuels, faisant seulement prévoir la possibilité du retour d'accidents semblables et le cas d'une complication dans l'avenir.

Deux jours plus tard on me télégraphiait en toute hâte que la malade était au plus mal en pleine péritonite, et quarante-huit heures après elle était morte.

La gravité immédiate de cette nouvelle crise ne permettait plus aucune

tentative opératoire. A l'explosion de ces accidents péritonéaux suraigus, il ne m'était plus permis de méconnaître une appendicite perforante avec son accalmie trompeuse et sa reprise mortelle. Une première crise d'annexite chez une femme sans passé génital n'a pas cette gravité.

Obs. 49. — *Appendicite prise pour une annexite.* (RICHELOT. *Soc. de Chir.*, 1890, p. 625.) — Irma R... est une jeune fille de 18 ans, malade depuis 18 mois, et très souffrante à chacune de ses époques, surtout aux quatre dernières. Les douleurs, maintenant continues, occupent le côté droit. Elle est entrée il y a un mois dans un service de médecine avec du ballonnement et 39°,5. Les symptômes se sont calmés. Il n'y a plus de fièvre ; mais la palpation à droite, au niveau même des annexes, est tellement douloureuse qu'il est impossible de la prolonger. Elle souffre moins à gauche ; cependant il est facile de sentir une petite tumeur mobile et très douloureuse en déprimant la paroi de ce côté.

L'hymen est intact et étroit, je renonce au toucher vaginal, qui me révélerait sans doute un empâtement du cul-de sac latéral, et ne m'éclairerait pas davantage. Le toucher rectal permet de sentir une masse dure sur le bord droit de l'utérus.

En résumé : signes de lésions ovariennes, franchement inflammatoires, au point qu'elles paraissent tendre à la suppuration, et difficile à comprendre chez une vierge de 18 ans, car on trouve bien dans ces conditions des névralgies ou des ovaires kystiques, ceux-ci même pouvant simuler l'évolution d'une salpingite, mais on s'explique moins aisément des symptômes d'une telle intensité. Et cependant la douleur est bien sur les annexes, elle n'est pas haut dans la fosse iliaque ; chez tout autre malade j'admettrais facilement une lésion tubaire ou ovarienne en voie de suppuration. Il n'y a pas de symptômes intestinaux. Il est vrai que la grande douleur siège à droite ; mais le côté gauche n'est pas indemne et j'y crois sentir une altération de l'ovaire.

En tout cas, il s'agit d'une affection grave, progressive, qui déjà condamne la malade au repos absolu et qui peut amener de plus grand désordre ; quoi qu'il y ait dans la région des annexes, il me paraît dangereux de rester dans l'inaction et nécessaire d'intervenir.

L'opération est faite le 8 juillet 1890 avec mes internes, Morestin et Gauthier.

Après une courte incision médiane, je trouve l'épiploon voilant les annexes droites et je le détache avec précaution. L'ovaire droit, mollement adhérent par toute sa surface, est ainsi libéré, il est de volume normal et parfaitement sain. La moitié utérine de la trompe me paraît un

peu congestionnée : rien de plus ; mais plus j'avance, plus les adhérences épiploïques deviennent intimes, et bientôt apparaît au milieu des lobules adipeux, un cylindre fluctuant, gros comme le petit doigt que je prends d'abord pour la partie externe de la trompe épaissie et distendue, mais que je reconnais presque aussitôt pour l'appendice vermiciforme. Cet organe étroitement accolé à la trompe et à l'ovaire, était confondu avec eux dans la même masse épiploïque, frappant exemple de péritonite adhésive autour d'un appendice malade, mais non perforé.

J'énuclée peu à peu, sans le déchirer, le cylindre fluctuant et l'ayant libéré jusqu'à sa base, je le lie avec un gros catgut ; mais sa paroi friable est coupée par le fil. Alors je le résèque promptement, et je place au niveau de son insertion, trois points de suture qui ferment toute communication de la cavité intestinale au péritoine. La trompe et l'ovaire sont réintégrés à leur place. L'appendice, dont la paroi est épaisse, est rempli de pus, mais on n'y trouve pas de corps étranger.

Reste à examiner les annexes gauches, Il n'y a pas d'adhérences et l'ovaire est attiré facilement ; il est doublé de volume par un gros kyste séreux qui occupe son bord libre. Je résèque le kyste avec une mince couche de tissus, j'abandonne l'ovaire ainsi traité, et je referme le ventre.

Tout va bien du 8 au 12 juillet ; puis la température s'élève et on découvre un petit abcès de la suture qui oblige à enlever les 3 fils inférieurs et placer un drain. La fièvre tombe aussitôt. La suppuration diminue rapidement. Ablation du drain le 20 juillet et guérison parfaite quelques jours après. J'ai revu la jeune fille tout récemment ; elle est en parfaite santé.

Obs. 50 (inédite). — *Appendicite pelvienne* (opérée par M. MORESTIN, chirurgien des hôpitaux). — Une jeune femme de 24 ans entre le 15 décembre à l'hôpital Saint-Louis, isolement, n° 21, pour des douleurs dans le bas-ventre siégeant principalement à droite. Il y a eu quelques vomissements et, paraît-il, un peu de fièvre.

Au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital la température est seulement de 37° 8, le pouls normal, mais l'état nauséux persiste. Le ventre est légèrement tendu et un peu douloureux dans la région sous-ombilicale ; mais principalement à droite. La palpation ne permet de reconnaître aucun empatement ni dans la région hypogastrique, ni dans les fosses iliaques. Cependant la pression est douloureuse au niveau du cæcum et particulièrement sur la ligne qui va de l'ombilic à l'épine iliaque, mais tout est souple de ce côté et on ne sent absolument aucun épaississement : ni induration, ni empatement. Le toucher vaginal fait reconnaître une

sorte de masse située en arrière de l'utérus et à droite douloureuse au toucher, elle ne déprime point le cul-de-sac, il faut pour la sentir refouler très haut la paroi vaginale en s'aidant d'autre part de la palpation abdominale ; son volume est difficile à évaluer et ces explorations ne peuvent être prolongées, on le conçoit, en raison des douleurs qu'elles déterminent.

Il y avait lieu d'hésiter entre une salpingite et une appendicite de siège un peu anormal, à la vérité ; car il s'agirait dans l'espèce d'une appendicite à foyer pelvien. Cette dernière hypothèse parut vraisemblable, cette femme n'ayant aucune cause apparente de salpingite ; ni métrite, ni blennorrhagie, ni pertes blanches, ni enfants, ni fausse couche ; le col utérin étant petit, souple, parfaitement régulier ; le côté gauche intact ; le cul-de-sac de Douglas libre. D'autre part, la lésion paraissant avoir un retentissement caecal manifeste ; la palpation réveille une vive douleur dans la région occupée par cet organe. La malade avait eu l'année précédente avant son mariage, étant vierge, une crise analogue, mais plus forte, s'accompagnant de vomissements répétés, fièvre et vive douleur dans le côté droit.

Le repos et les applications de glace avaient suffi pour amener la cessation des accidents. Le même traitement fut mis en œuvre, car il n'y avait point d'indication urgente à l'intervention. Au bout de quelques jours il n'y avait plus de douleurs ; les nausées avaient cessé dès le second jour, mais la douleur, quoique moins vive, persistait toujours dans la région caecale.

L'opération fut pratiquée à froid à l'aide d'une incision sur le bord externe du droit. Le caecum reconnu, on put facilement découvrir l'origine de l'appendice. Ce dernier croisant le détroit supérieur descendait dans le bassin. Il était accolé au rectum auquel il était uni par quelques adhérences ; ainsi qu'au péritoine en arrière du ligament large.

Je pus ainsi aisément le décoller, l'attirer dans la plaie et le réséquer ; il était long de 10 centimètres, fort épais, renflé à son extrémité, dur. Il n'y avait pas de collection péri-appendiculaire. L'appendice contenait une faible quantité de pus.

Les suites furent extrêmement simples, un drain laissé par mesure de précaution fut retiré le 3^e jour. Les fils furent coupés le 12^e, et le 21^e jour la malade put quitter l'hôpital. Depuis, nous l'avons revue dans le courant de mars et sa santé se maintient excellente.

OBS. 51. — *Appendicite kystique de volume anormal*, (Soc. de chir. de Paris, séance du 15 mars 1899, tome XXV, n° 11, p. 297). — Femme jeune, vigoureuse, de très bonne santé habituelle. En mai 1898, très légère crise d'appendicite, sans aucune réaction péritonéale, offrant tous les carac-

tères de la crise dite de colique appendiculaire. Nouvelle crise analogue en septembre : la malade ne garde aucune douleur dans l'intervalle des crises, mais accuse une sensation intermittente de pesanteur, de lourdeur plus bas que la fosse iliaque. Il lui semble qu'elle porte là quelque chose de lourd qui la tiraille et dont elle localise le siège très bas, dans le bassin.

En janvier 1899, nouvelle crise, pas très douloureuse, toujours sans aucune réaction fébrile.

A ce moment, je constate ce que je n'avais pas encore trouvé aux précédents examens, une disposition particulière d'une tumeur qui ne peut pas être autre chose qu'un appendice volumineux : la pression sur la fosse iliaque ne réveille aucune douleur ; plus bas, au-dessus de l'arcade crurale, on détermine à la pression une douleur qui répond très nettement au creux épigastrique, et ne peut être rapportée par conséquent qu'à une adhérence épiploïque ou à l'appendicite. Par le toucher vaginal, on trouve l'utérus mobile, absolument sain ; à droite, l'ovaire mobile, de volume normal, pas douloureux ; immédiatement en arrière et à droite de l'ovaire, une tumeur du volume du doigt, terminée en bas par une extrémité arrondie et donnant exactement la sensation d'une trompe kystique. Mais le grand axe de la tumeur est vertical ou du moins un peu oblique en bas et en dedans, elle semble remonter vers le bord droit du détroit supérieur, aussi haut du moins que le doigt peut la suivre. Il semble donc bien qu'il s'agisse là d'un appendice volumineux, tombant comme un battant de cloche dans la cavité pelvienne. La pression du doigt sur cette tumeur est douloureuse et détermine aussi une douleur à l'épigastre.

A cette constatation directe, je dois ajouter toute une série de troubles digestifs très accusés, dont souffre la malade, depuis la première crise de douleur appendiculaire (digestions pénibles, difficiles, constipation habituelle). Ces troubles digestifs ont amené un amaigrissement très notable.

Mon ami, M. Le Gendre, médecin de la malade, demande à notre collègue M. Bar, de vouloir bien à son tour pratiquer l'examen des annexes, sans rien lui dire de ce que j'avais constaté. L'examen fait par M. Bar confirme le mien en tous points.

Dans ces indications, je conseillai une intervention qui fut immédiatement acceptée.

La laparotomie nous montre qu'il n'y avait aucune adhérence épiploïque. Au cæcum était appendu en dedans et en bas cet appendice que je fis très facilement sortir par un mouvement de bascule et qui se dresse au-dessus de l'intestin, tendu, d'une teinte rosée, transparente.

Vous voyez son volume énorme. Il n'a pas 8 centimètres de long, mais son diamètre est de 3 centim., sa circonférence de 9 centim. Il est entièrement kystique, clos à 1 centim. environ de son origine. C'est sur ce court pédicule d'appendice de volume normal que j'ai placé la ligature et fait la résection au ras du cæcum.

Vous voyez à la surface de la tumeur, de nombreux filaments, de petites membranes péritonéales et sur le bord opposé au méso, ces membranes péritonéales se réunissent en une sorte de bouquet, de masse foliacée.

Les suites de l'opération ont été fort simples et la malade peut être aujourd'hui considérée comme guérie.

Obs. 52 (inédite). — *Appendicite pelvienne avec ptose du cæcum et ptose généralisée* (observée et opérée par M. ARROT, chirurgien des hôpitaux, due à son extrême obligeance). — M^{lle} M..., âgée de 19 ans, fut prise, il y a un mois, de douleurs aiguës dans la fosse iliaque droite irradiant jusque dans les reins et sous la face inférieure du foie; en même temps elle éprouvait une gêne considérable à rester debout ou assise, et son appétit devint très capricieux, d'autant qu'elle avait un état nauséux presque constant.

La paroi abdominale du côté droit était très sensible, le toucher, même léger, provoquait des douleurs, le ventre était ballonné.

Après quelques jours de repos les choses semblèrent reprendre des allures normales, mais actuellement la malade sent toujours une gêne dans la fosse iliaque droite, l'état nauséux a reparu, et enfin il lui arrive de temps à autre de ressentir une douleur aiguë comme il y a un mois, elle a de la peine à trouver une position convenable, même couchée, enfin la persistance de ces phénomènes et la palpation du ventre me font persister dans mon diagnostic d'appendicite et l'opportunité d'une opération, un examen rendant compte d'une douleur sise au point de Mac Burney, très fixe, constante à tous les examens.

OPÉRATION, 29 avril 1899. — Le péritoine ouvert, on aperçoit le foie. Il est donc certain que celui-ci est abaissé jusqu'à l'horizontale passant par l'ombilic. Le rein droit, de volume normal, est très facilement senti au travers du colon, il fait un bon centimètre sous l'influence des mouvements respiratoires et assez sérieusement abaissé. Le colon transverse peut être amené dans la plaie. Si on ajoute que le cæcum est amené du bas comme s'il était en ectopie dans le petit bassin (ce qui est après tout possible), on conclura qu'il y a ptose généralisée.

(Et pourtant la paroi semble bonne, il y a même ventre excavé quand la malade dort.)

L'appendice, très long, mesure 15 centimètres environ, il pendait au-dessous du cæcum, dans le petit bassin, tout droit, sans flexuosité; j'ai tout lieu de croire, étant donnée la façon de l'amener, qu'il était derrière l'utérus. L'appendice n'a pas d'adhérence, seulement son méso est un peu court (sclérosé) à sa partie moyenne, de plus, son extrémité est en grain de raisin très tendue, comme prête à éclater.

Résection selon le procédé habituel; un drain, suture en trois plans, cat gut, partout avec deux soies pour soutien transversal.

2 mai. Les soies ont été enlevées après quatre jours, le drain, changé pour un plus petit après quarante-huit heures, a été enlevé définitivement après cinq jours.

Rien de particulier; la cicatrice paraît belle. La température n'a jamais atteint 37°,6.

Alimentation légère reprise après dix jours.

A la coupe, l'appendice présente des matières fécales demi-solides, une muqueuse ecchymotique et oedématisée qui fait hernie à l'incision.

Octobre 1899. État parfait, estomac un peu délicat.

10 mai 1900. Maux d'estomac intermittents, foie certainement moins bas que lors de l'opération.

Obs. 53 (inédite). — *Appendicite pelvienne; ouverture vaginale spontanée.* (Observation de M. le professeur agrégé Monod.) — Jeune fille de 22 ans, n'a jamais été réglée, a eu une première crise d'appendicite en juin 1899. Cette crise, courte et peu grave, avait laissé à sa suite une douleur persistante spontanée à la pression de la fosse iliaque droite.

Une deuxième crise plus violente éclatait en octobre, avec fièvre, ballonnement du ventre, douleur locale et sans vomissement. Transportée dans une maison de santé, les symptômes alarmants se calmèrent rapidement, le ventre est redevenu souple, la santé paraît revenue.

L'opération à froid est proposée et refusée. La jeune malade est ramenée chez elle; il ne restait plus qu'une légère douleur locale à la pression, sur la ligne de Mac Burney, sans empatement ni tuméfaction d'aucune sorte.

La troisième crise se reproduisit en janvier. Celle-ci a eu un caractère particulier. Malgré la fièvre et la douleur locale, le ventre ne se distend pas, les phénomènes s'accompagnent de vomissements qui durent pendant quatre jours, avec diminution notable de la quantité d'urine émise de 250 à 300 grammes par vingt-quatre heures.

Au bout de ce temps, légère accalmie, mais qui dure peu. Onze jours

après le début de cette troisième crise, la douleur reprend, mais avec un tout autre caractère.

La malade dit nettement qu'elle souffre plus bas, vers l'anus, si bien que je pratiquai le toucher rectal pour chercher à me rendre compte de ces nouvelles souffrances. Je constate que toute la région rétro-utérine est occupée par une masse dure et douloureuse. Le ventre reste souple, non distendu, plutôt déprimé en « bateau ».

Dix jours plus tard, subitement, la malade rend par le vagin un liquide séro-purulent, en assez grande abondance pour qu'elle pense avoir uriné au lit et pour qu'on ait pu en recueillir dans un vase une certaine quantité qu'on me montre. L'index introduit dans le vagin sent nettement, à droite du col, un petit orifice en cul-de-poule. Cet écoulement est suivi d'une sensation de bien-être ; les douleurs disparaissent, la température revient à la normale.

Je note, le 12 février, que le mieux continue. La malade se lève tout le jour et reste sur sa chaise longue. Pas de température. Selles tous les jours, aucune douleur au palper. L'écoulement vaginal, qui n'a duré qu'un jour ou deux, n'a pas reparu. Au toucher, l'induration rétro-utérine persiste, mais n'est plus douloureuse.

Le 22 février, même état ; mais la malade se nourrit mal, elle reste parfois sans manger. Au toucher rectal il n'y a plus de masse unique, mais des duretés isolables localisées surtout à droite du col. Ventre toujours non douloureux.

Le mois de mars et la première quinzaine d'avril se passent de la sorte.

Le 15 avril, en mon absence (Pâques), nouvelle crise au cours de laquelle mon collègue, le Dr Brun, est appelé. Ventre douloureux aussi bien à gauche qu'à droite, sans ballonnement ; urines de nouveau rares, avec miction douloureuse et apparition du pus. Peu et point de fièvre, mais des vomissements incessants, qui rendent toute alimentation impossible.

26 avril. Je vois la malade à mon retour. Elle est bien amaigrie. Ses vomissements persistent. De plus, elle tousse, toux quinteuse et sans phénomènes stéthoscopiques, mais qui contribue à l'épuiser. Les urines restent rares, elles ne sont plus purulentes.

La famille alarmée consentirait aujourd'hui à une intervention qui est urgente et que nous jugeons (MM. Jalaguier et Walther appelés en consultation) pour le moment impossible. Ce ne fut qu'au bout d'une quinzaine, la toux ayant cessé brusquement, l'état général s'était un peu amélioré. L'émission d'urine étant revenue à la normale nous jugeons qu'une opération peut être tentée, tout en ne nous illusionnant pas, vu l'état précaire de la malade. A ce moment on sentait encore, par le toucher rectal, à droite de l'utérus, une petite masse dure, peu douloureuse,

qui était sans doute constituée par l'appendice, maintenue en cette situation par des adhérences. Le ventre demeurait souple, non douloureux, pas de point de Mac Burney, ni empatement, ni plastron, ni défense musculaire.

Aux craintes qui se pouvaient concevoir, tirées de la situation de l'appendice et de la gravité des lésions d'une part, et de l'autre de la faiblesse de la malade, et de son amaigrissement, s'ajoutait le fait que je n'ai pas encore indiqué, que dans les deux crises d'octobre, on avait pu constater l'existence d'albumine dans les urines, variant de 90 centigr. à 16 centigr. par litre, mais n'ayant jamais complètement disparu.

OPÉRATION, 18 mai 1900. — Chloroforme. Incision de Roux. A l'ouverture du péritoine, flot de liquide séreux, louche, qui s'écoule en abondance. Il faut passer quelque temps à l'étancher pour pouvoir continuer l'opération. On aperçoit alors le cæcum, puis l'appendice qui plonge au fond du petit bassin, il résiste à la traction, il est évidemment fixé en bas par des adhérences; force est de le sectionner, d'abord à sa base, puis de poursuivre son décollement de haut en bas, après avoir lié et coupé son méso. Ce décollement est laborieux, il faut, pour l'achever sans danger, l'extraire de son enveloppe séreuse, et encore se résigner à en abandonner un petit fragment, qui paraît intimement uni ou comme fusionné avec le péritoine pelvien, au niveau du bord droit de l'utérus, à ce point qui doit correspondre un peu au cul-de-sac vaginal droit. La portion ainsi extraite mesure près de 10 centim. de long. La cavité de l'appendice est étroite, par points obturée, elle ne contient ni pus, ni matières fécales.

L'opération rapidement menée, sans incidents, je termine à l'ordinaire par un enterrement du petit moignon appendiculaire sous des franges cæcales et la fermeture de la paroi à trois plans. Un drain de gaze stérilisée plongeant dans le petit bassin, sort par l'endroit inférieur de la plaie.

Suites. — Deux heures après, la malade est bien réveillée, reconnaît ses parents, ne vomit pas et paraît en bon état.

Je la revois à 4 heures, elle semble dormir paisiblement, je la laisse dormir. A 7 heures je reviens la voir, elle dort toujours, me dit-on; je veux la réveiller, mais j'y parviens à peine. Elle répond mal à mes questions et reprend aussitôt son sommeil. Le pouls est très bas, pas rapide et la temp. normale, 37°, 2.

La nuit se passa ainsi.

Le lendemain matin, même état; la malade est inconsciente, ne reconnaît personne; son état est plutôt celui d'une personne qui veut dormir en

dépôt de tout, que d'une personne en coma. Si bien que son médecin ordinaire prononce le mot de « sommeil hystérique ».

À deux heures de l'après-midi, le même jour, la situation se modifie, la malade ne reste plus immobile, mais les mouvements se limitent à la tête qu'elle roule sans cesse sur l'oreiller d'un côté à l'autre. Par moment quelques cris inarticulés. Toujours, ni vomissements, ni fièvre. Température, 37°,3. Pouls régulier. Urines (par cathétérisme) suffisantes.

La malade avale avec peine les liquides qu'on lui présente. La sensibilité cutanée est absolument abolie ; les réflexes sont conservés. Inconscience complète.

Le Dr Gilles de la Tourette, qui la voit à cinq heures du soir, après un examen long et minutieux conclut à la possibilité d'accidents hystériques, et en reconnaissant que les symptômes étaient des plus graves.

Dans la soirée toute agitation cesse, la malade tombe dans le coma et meurt à minuit sans avoir repris connaissance.

Notre maître M. Walther nous a donné sur cette petite malade la note qui suit :

Lorsque j'ai examiné cette petite malade avec mon maître M. Monod, les renseignements les plus intéressants m'ont été fournis par le toucher rectal. Je sentais, en effet, très nettement à droite de l'utérus un cordon cylindrique, dur, descendant verticalement ou, plutôt, un peu obliquement en bas et en dedans ; l'extrémité de ce cordon arrivait à un ou deux centim. au-dessous de la corne utérine droite. La pression en ce point était un peu douloureuse.

La situation, et surtout la direction et la forme de ce cordon cylindrique régulier, me firent porter le diagnostic d'appendicite pelvienne, avec fixation de l'appendice contre le bord droit de l'utérus.

Obs. 54 (inédite). — *Appendicite à foyer double ; incision abdominale médiane et latérale ; mort* (Obs. personnelle). — C..., René, 25 ans. Pas de crises antécédentes, état de santé habituellement bon ; appétit faible. Rien, ni du côté des antécédents personnels, ni du côté des antécédents héréditaires.

Le 11 juillet 1899, dans l'après-midi, coliques survenant après le repas ; début dans la fosse iliaque droite ; vomissements alimentaires d'abord, bilieux ensuite. Repos au lit ; mais, les douleurs persistant, il appelle son médecin le 12 juillet ; le médecin porte le diagnostic d'appendicite, prescrit une potion au laudanum et le met à la diète lactée. Il appelle M. Walther

en consultation le 13 juillet au matin. M. Walther confirme le diagnostic et envoie le malade à Dubois où il entre dans l'après-midi (13 juillet).

A son entrée, nous constatons un foyer iliaque droit, ovale, dont la direction fait avec l'arcade un angle aigu, matité de 10 centimètres de long environ sur 6 de large.

Température 38°,8, pouls 90 ; les vomissements ne se sont plus produits depuis la veille ; mais le facies est tiré, les yeux sont cernés ; la douleur à la moindre pression du ventre est très vive ; le ventre est météorisé et partout douloureux.

Constipation, pas de gaz ; urines faibles. Nous le mettons au traitement du service.

Opium toutes les deux heures, glace sur le ventre, diète hydrique.

Le 14, état plus satisfaisant. Pouls 84. Température 38°,4 le matin ; 38°,8 le soir, le météorisme persiste ; puis quelques gaz. Même traitement.

Le 15, amélioration plus marquée encore. Température 38°,2 le matin ; 38°,4 le soir. Pouls 74 le matin, 84 le soir. On réduit l'opium à 1 centigramme toutes les trois heures.

La nuit est mauvaise. Le lendemain matin, température 40°,2. Pouls 120. Météorisme.

En présence de cette aggravation brusque on pense à une rupture du foyer.

Laparotomie et auparavant 250 grammes de sérum.

Dimanche 16 juillet 1899, à 10 heures, laparotomie médiane. Intestin ballonné rouge, distendu, pas de liquide. En repassant les anses dans le petit bassin on trouve du pus citrin clair, abondant sans odeur grande. La poche est nettoyée, drainée, la plaie suturée.

On fait une deuxième incision latérale droite pour ouvrir l'abcès iliaque. Elle donne issue à du pus crémeux d'odeur fécaloïde. Les deux foyers ne communiquent pas, on met deux gros drains, quelques crins.

A 2 heures, température 42°,4. La mort survint le soir.

L'examen bactériologique donne les résultats suivants :

1° Le liquide de la poche pelvienne sur gélose ne donne rien ; sur bouillon donne du coli-bacille.

2° Le pus de la poche péri-appendiculaire sur bouillon donne du coli-bacille ; des diplocoques et quelques chaînettes de streptocoques ; sur gélose, du coli-bacille pur.

OBS. 55. — *Appendicite pelvienne ouverte à la fois dans le rectum et la vessie. Guérison après séparation.* (BOIFFIN, (Soc. de Chir., 1891, p. 308.) — X., 28 ans, dont l'affection remonte à la première enfance ; dès cette époque il

avait des crises, de violentes douleurs abdominales avec symptômes atténués d'occlusion. En novembre 1889, le malade est atteint de typhlite qui ne suppure pas ; mais il persiste une douleur avec tumeur et fièvre. En janvier 1890, on constate des évacuations de pus dans la vessie et le rectum ; en outre, des gaz et des matières s'échappent par l'urèthre. L'état général du malade devient très grave ; il ne prend plus que des aliments liquides ; encore provoquent-ils des douleurs violentes.

M. Boiffin se décide à faire la laparotomie latérale ; il trouve une tumeur volumineuse, occupant l'origine du gros intestin ; vu l'état de faiblesse du malade, il se décide pour l'entéro-anastomose qu'il exécute entre l'intestin grêle et le côlon transverse. Il fait sur chaque viscère une fente de 5 centimètres et réunit les lèvres par 20 points séro-séreux.

Il décolle ensuite le péritoine pariétal de la fosse iliaque pour aller à la recherche de l'abcès ; mais il tombe sur une masse solide dans laquelle il pratique 4 ponctions blanches. La plaie guérit en quelques jours, et la santé revint rapidement. Ce fut une véritable résurrection.

OBS. 56. — *Fistule sacrée d'origine appendiculaire.* (VILLAR. *Archives cliniques* de Bordeaux 1899 ; résumée.) — Jeune homme de 19 ans, entré dans le service du professeur Lannelongue à l'hôpital Saint-André, pour une lésion tuberculeuse de la région sacro-iliaque. M. Lannelongue avait fait un grattage étendu et même enlevé quelques portions osseuses ; il avait opéré largement pour se mettre à l'abri d'une récurrence.

Un mois et demi plus tard, le 21 septembre, le malade s'aperçoit qu'il rend des pépins de raisin par la région sacrée. M. Villar qui supplée M. Lannelongue, l'examine et constate que par l'orifice fistuleux s'écoulent des matières fécales et quelques pépins de raisin.

Il opère à la gouge et au maillet ; il fait sauter quelques parcelles osseuses et tombe sur un organe bien calibré, du volume d'une plume à écrire, tapissé d'une muqueuse à l'intérieur. A n'en pas douter c'est l'appendicite. Il le résèque le plus loin possible et suture l'orifice intestinal par le procédé de l'abrasion de Chaput. La plaie est bourrée de gaze iodoformée.

Les suites de l'opération furent des plus simples : il n'est plus rien sorti par la région sacrée ; la défécation s'est maintenue tout à fait normale. Bref le malade quitte l'hôpital le 4 novembre, complètement guéri.

OBS. 57. — *Appendice pelvien d'aspect tuberculeux fusionné par des adhérences au bord droit du sacrum.* — *Pas de signes durant la vie.* — P..., Henri, 22 ans, comptable. Entre, le 21 avril 1900, salle Marjolin, dans le service du Dr Thoinot, à l'hôpital Saint-Antoine. Il n'a jamais fait de maladie avant

mai 1898. Il a toujours travaillé dans les bureaux, et en dehors de ce fait a eu toujours bonne hygiène et bonne habitation. Famille saine ; frère, plus jeune que lui, sain. Le malade a été réformé pour hernie et varicocèle, et non pour tuberculose.

En mai 1898 il remplace un employé qui a dû quitter son service pour tuberculose ; il n'y a pas de désinfection. Le malade occupe la place et emploie les objets de son prédécesseur. Peu de temps après, il commence à tousser et a des douleurs thoraciques et pour la première fois des hémoptysies.

Actuellement il est amaigri, transpire la nuit, a la voix basse ; il a des signes évidents de tuberculose au sommet droit. Du côté de l'appareil digestif, sauf l'anorexie, il n'a pas de diarrhée, ni de vomissements, en ce moment du moins.

Le 2 mai, il est pris de diarrhée ; le 6 mai, il a des vomissements, sans efforts, en fusées. La tuberculose pulmonaire progresse et il meurt le 23 mai.

Tels sont les renseignements que nous avons pu recueillir dans le service.

AUTOPSIE. — Du côté du poumon : adhérences et cavernes au niveau du sommet droit ; poumon gauche infiltré. Foie gros et congestionné. Péricardite avec épanchement, mais cœur sain. En examinant l'appendice, nous ne sommes pas peu surpris de constater qu'il est complètement fusionné sur le sacrum, en dedans de l'articulation sacro-iliaque droite. Il mesure 10 centim. environ et comprend 2 portions assez exactement égales. La première se porte sur le sacrum : elle est à peu près saine ; la seconde, qui descend verticalement au-devant du sacrum, est renflée et atteint le volume de l'index ; elle est bosselée et nous apercevons, sous le péritoine, un point jaune qui a tout l'air d'une granulation tuberculeuse ramollie. Il n'y a pas trace d'ulcération. On ne trouve pas ailleurs, dans l'abdomen, de trace évidente de lésion tuberculeuse.

OBS. 58. — *Appendicite pelvienne. Incision prérectale, pus peu abondant, fistule consécutive durant 5 mois.* (DELANGLADE, de Marseille, *S. de chir.*, 1900, p. 604. Résumée.) — Jeune homme de 18 ans, pris subitement, le 1^{er} juillet à 11 h. du matin, d'une douleur brusque dans le ventre et de vomissements alimentaires ; ténesme vésical.

La température était de 39°,4, pouls 92.

Pas de douleur localisée, nette au point de Mac Burney. Le malade ne donne d'ailleurs à cet égard que les renseignements les plus irréguliers, accusant le maximum de souffrance, tantôt à droite, tantôt à gauche, tantôt sur la ligne médiane.

Les 11 et 12 juillet, douleur localisée à droite, immédiatement au-dessus de l'arcade en son milieu.

Depuis, la guérison se maintient parfaite.

Le 3 août. Après une semaine passée absolument sans souffrances, reprise des douleurs à gauche. Toucher rectal : à 7 centimètres de l'orifice anal, masse dure, irrégulière, bombée, du volume du pouce à peu près, difficile à suivre latéralement, paraissant immobile, indolore à la pression. Les selles ont été régulières.

4 août. Aucun empatement du côté de la paroi antéro-latérale. Toucher rectal ; la tuméfaction a pris le volume d'un petit œuf, elle paraît lisse et résistante.

Incision prérectale. Évacuation d'un verre à liqueur de pus fétide.

Drain de caoutchouc dans la poche, mèches stérilisées dans la plaie.

Le lendemain la température est au-dessous de 37°,8.

A noter seulement de la rétention d'urine pendant quatre jours.

La cicatrisation a été longue, une fistule persistait ; sur le conseil de mon maître, M. Jalaguier, je la dilatai longuement à la laminaire. A la sortie de ces séances la plaie se ferma en huit jours.

OBS. 59. — *Appendicite pelvienne ; incision abdominale latérale ; incision prérectale ; résultat de la cicatrisation prérectale inconnu.* (DELANGLADE (id.) 30 mai 1900. Résumée.) — Homme de 50 ans. Début brusque le 24 mars, grand frisson, fièvre, douleurs abdominales. Le lendemain, vomissement puis pendant 8 jours colite intense. Douleur sur tout le trajet du gros intestin ; au troisième ou quatrième jour des douleurs violentes au niveau de l'anus et du rectum, sans ténésme proprement dit.

Le 31 mars, apparition d'un point particulièrement douloureux en dedans et au-dessous de Mac Burney.

Le 4 avril, empatement oblique en haut et en dehors, s'arrêtant (bord externe) à deux ou trois travers de doigt au-dessus et en dedans de l'arcade crurale. Toucher rectal : tuméfaction prérectale du volume d'une grosse mandarine arrondie, lisse, immobile, résistante. Le doigt n'en contourne pas la partie supérieure.

Le 5 avril matin, nous nous décidons, non sans hésitation, à l'inciser par la région iliaque. Nous y introduisons, aussi profondément que nous le pouvons, un gros drain, et nous ne suturons pas.

Pendant les 8 jours suivants, la fièvre a disparu, puis la température a progressivement remonté entre 38° et 38°,7.

Le 21 avril. Situation parfaite du côté de la paroi antéro-latérale de l'abdomen. Toucher rectal. La voussure s'est reproduite et paraît plus volumineuse que jamais. Incision le soir même par voie prérectale.

Écoulement d'une quantité abondante de pus fétide, gros drain non perforé dans la cavité.

Depuis, les suites ont été parfaites à tous égards. Il n'y a plus eu de température au-dessus de 37°,4. Le pouls a seulement oscillé pendant quelques jours autour de 90.

Le malade se lève et s'assied sur un fauteuil depuis le 12 mai, pour éviter toute stase pulmonaire.

La plaie iliaque s'est fermée après expulsion progressive de son drain.

Obs. 60 (inédite). — *Appendicite pelvienne enkystée ; ouverte par la voie iliaque. Mort.* (Observation due à l'obligeance de notre ami M. CELOS, interne des hôpitaux.) — J..., 34 ans. Ce malade avait été reçu dans l'après-midi en médecine. Il était venu à l'hôpital à pied, et il semblait en très bon état. Facies bon, assis sur son lit le malade lisait son journal et semblait très calme.

Il ne souffre presque pas. Il se plaint seulement de quelques petites douleurs dans le ventre et il indique très nettement l'hypogastre plutôt que le ventre où la fosse iliaque.

Il n'existe pas de point de Mac Burney.

En somme, douleurs peu accentuées, dans le petit bassin. Ventre souple, pas tendu, pas de vomissement, le malade n'a pas été à la selle depuis hier et n'aurait pas rendu de gaz depuis ce même jour. Il n'existe pas d'hyperesthésie de la paroi. Pouls bon, température 38°,1. On suit dans la fosse iliaque droite une induration. Il existe au niveau du cæcum une collection nettement fluctuante avec de l'empâtement autour.

Le malade souffre de ses douleurs au bas-ventre depuis douze jours et les signes qu'il a présentés se rapportent à une appendicite.

En outre, il y a dix ans, il a eu des douleurs semblables à celles présentées actuellement.

Diagnostic : appendicite avec foyer purulent enkysté. Un chirurgien appelé fut d'avis d'opérer. — 7 heures du soir. Incision sur l'appendice, le cæcum est trouvé, il est refoulé en avant et produisait l'empâtement ressenti. En le réclinant on trouve au-dessous un abcès qui se crève tout à coup, il s'écoule beaucoup de pus. L'appendice n'est pas trouvé, on n'insiste pas. Le foyer est drainé avec des mèches qui descendaient dans le pelvis d'un abcès.

Drainage large, suture. Le lendemain, le malade est faible ; température ; 36°,8 ; on change les mèches ; il s'écoule beaucoup de pus. Le soir, malade, pâle, faible. Il ne vomit pas ; il est absolument sidéré ; à 8 heures du soir, il se met à vomir ; agitation, délire ; il crie, veut se lever.

Diagnostic : péritonite généralisée. Il est absolument perdu. Mort à 2 heures du matin.

AUTOPSIE. — Il y a, dès l'ouverture, un abondant écoulement de pus. Cette péritonite généralisée occupant tout l'abdomen, les anses intestinales sont vascularisées couvertes, d'adhérences molles.

Il y a du pus dans tout le péritoine, même dans l'arrière-cavité de l'épiploon ; pus très liquide d'odeur fétide ; peu de fibrines sur la séreuse. Péritonite totale. Le cæcum enlevé, une collection renfermant des débris de tissus sphacelés s'étend dans le pelvis ; cette cavité est limitée par le rectum, le psoas et le cæcum, formant une grande poche pelvienne. Dans le pelvis, en arrière, est un cordon gangrené fragmenté en 6 ou 7 morceaux, disposé en chapelet, ce cordon est l'appendice spontanément amputé à sa base.

Obs. 61. — *Appendicite pelvienne ; incision iliaque n'ayant pas empêché l'ouverture dans la vessie ; mort.* (Résumée.) (STEDMAN, Obs. 215. *Boston medical and surgical Journal*, 1888, t. CXIX, p. 241-243.) — Deux cas d'appendicite ; un fatal. — A. B..., âgé de 41 ans, souffrait de constipation. Le 29 mars 1888, le matin, il commença à se sentir mal portant et vomit dans l'après-midi. Les vomissements furent suivis d'une douleur abdominale peu marquée et d'un peu de frisson.

Je fus appelé, le matin du 30. Les symptômes n'étaient pas alarmants, le pouls était un peu accéléré ; température normale.

Mais, dans l'après-midi, la douleur devint plus intense et s'étendit sur les aines et la partie inférieure droite de l'abdomen. Les vomissements biliaires continuaient.

Le 31. La température remonte à 102°, le pouls à 100 ; douleur, calmée par la morphine, reparaît et devient intolérable dans l'après-midi.

Les vomissements diminuent un peu ; constipation. Ces symptômes persistent jusqu'au 3 avril. Ce jour-là les douleurs se concentrent dans la région inguinale droite.

Quelques jours après, une tumeur qu'on peut sentir à cette région par le rectum confirme le diagnostic d'appendicite.

Le 5 avril, une amélioration étant survenue, l'opération fut remise.

Cependant le 16, une induration parut dans la fosse iliaque droite.

Opération impérieusement indiquée. Incision au-dessus du ligament de Poupart, l'abcès fut trouvé bientôt après ; à la pression du doigt qui était allé à sa recherche, s'écoula une grande quantité de pus épais, brun, très offensif.

Le 29. Le malade se mit à se plaindre d'une grande douleur dans le côté gauche.

Le 31 avril, le malade rendit pour la première fois les fèces par l'anus. Elles s'écoulaient aussi par la plaie. Mais, ce jour-ci, elles apparaissent aussi dans l'urine, la miction est douloureuse et l'urine s'échappe aussi par la plaie.

Il s'éteint le 6 mai.

AUTOPSIE. — Portion pelvienne de la cavité péritonéale contient du pus, gris jaunâtre, visqueux.

OBS. 62. — *Appendicite pelvienne ; toucher rectal concluant ; temporisation ; ouverture rectale spontanée ; guérison.* (Ch. DORMOY. Résumée.) — D..., 17 ans, habituellement constipé ; en mai 1898, fut pris d'une indigestion ; le lendemain il se rétablit ; au bout de huit jours il se mit au lit. M. Bouveret appelé trouva la fosse iliaque entièrement libre ; mais par le toucher rectal on sentait assez haut un empatement très net et très douloureux. M. Pollosson refuse de pratiquer l'intervention proposée par Bouveret.

Au bout de six semaines de douleurs épouvantables le malade évacua du pus par le rectum ; au bout de trois semaines il put partir pour la campagne ; en janvier 1897, il est bien portant, mais se plaint d'une certaine gêne dans la jambe droite.

OBS. 63. — *Appendicite pelvienne ; fréquence des mictions ; toucher rectal concluant ; opération refusée ; ouverture rectale spontanée ; guérison.* (PAUTET, *Gaz. méd. de Paris*, 1889.) (Résumée.) — X..., Sicilien, 24 ans. En juillet et en août 1881, a dû garder le lit ; la région sus-pubienne était tuméfiée et douloureuse, les émissions d'urines très fréquentes et le malade croit avoir rejeté du pus par l'anus. Le 2 août 1882, après une traversée en mer, présente une nouvelle crise avec empatement et douleur dans la fosse iliaque droite. M. Pierrot diagnostique pérityphlite.

Le 26 août 1882, voussure notable de la région sus-pubienne s'élève à 8 centim. de la symphyse, mesure 13 centim. de largeur à sa partie moyenne et 12 centim. aux 2 extrémités supérieure et inférieure ; latéralement elle occupe de chaque côté la moitié interne de l'arcade de Fallope. Le palper abdominal est très douloureux ; il semble que la tumeur pénètre dans le petit bassin ; la fosse iliaque droite est douloureuse, empâtée, mais sonore. Le malade urine de 12 à 15 fois par jour, sans douleur. Le doigt rencontre au-dessus de la prostate une tumeur qui présente le caractère de dureté uniforme de la tumeur sus-pubienne : elle est divisée par un sillon vertical et médian en 2 masses latérales assez volumineuses pour se mettre en contact avec les parois du petit bassin ; on croit arriver jusqu'à son bord en introduisant son doigt aussi haut que possible. Par le

palper abdominal combiné, on a une sensation d'ébranlement liquide, mais pas de flot à proprement parler. Les selles ont lieu tous les deux ou trois jours en bols étroits et mous. Pendant les quatre jours suivants, un peu de rectite, légère réaction fébrile.

4 septembre, émission de pus par l'anus ; la tumeur diminue peu à peu à partir de ce moment et les émissions de pus continuent.

Le 16 septembre, la tumeur sus-pubienne a disparu.

Le 26 septembre, il reste une plaque d'induration en avant du rectum ; les mictions redeviennent normales comme fréquence.

En juillet 1883, X... jouit d'une bonne santé.

OBS. 64. — *Appendicite pelvienne ; ponction rectale ; guérison.* (RICHARDSON. *Boston medical journal*, 7 mars 1892. Résumée.) — M^{me} H. S. P., 30 ans, indigestion, coliques, grand mal de tête ; purgatif ; le lendemain, pouls à 125, fosse iliaque droite douloureuse ; au toucher rectal on suit une collection perçue aussi par le vagin. Six jours après le début, c'est-à-dire le jeudi 16 novembre 1891, le Dr Porter, sur le conseil de Richardson, ponctionne l'abcès par le rectum après anesthésie à l'éther et met un drain. Amélioration très grande au bout de 3 semaines. Guérison depuis.

OBS. 65. — *Appendicite pelvienne ; toucher rectal ; signes généraux graves ; ponction rectale ; guérison.* (RICHARDSON. *Eod. loco*. Résumée.) — James W. B., début le 11 décembre 1891 par des douleurs vagues suivies d'une douleur aiguë dans la région sous-ombilicale. Rétention d'urine, douleurs à la pression dans la fosse iliaque. Le 23 décembre, par le rectum, on sent une tuméfaction rétro-vésicale : vomissements constants, pouls et température élevés ; très mauvais état général. Aussi ponction immédiate avec un long trocart rectal de petit diamètre. A partir de ce moment, l'amélioration se fit rapidement. Il est en parfaite santé en mars 1892.

CHAPITRE XI

Analyse des observations et liste des faits qui y sont contenus.

ANATOMIE

Ptose du cæcum. — Obs. 48.

Variabilité momentanée de la situation de l'appendice chez le même sujet. — Obs. 41 et 53.

ÉTIOLOGIE

Troubles menstruels. — Obs. 40, 47, 49.

Hommes. — Obs. 1, 2, 3, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 22, 23, 24, 27, 39, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65.

Femmes. — Obs. 5, 9, 16, 21, 26, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 64.

Enfants. — Obs. 20, 25, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Appendicite légère. — Obs. 36, 38, 52.

Appendicite péri-péritonite plastique. — Obs. 1.

Abcès dépassant la symphyse. — Obs. 6, 10, 12, 21, 23, 25, 27, 35, 59, 63.

Appendice kystique. — Obs. 51.

Perforations du rectum. — Obs. 3, 4, 5, 8, 13 à 21 inclusivement, 62, 63.

Perforations de la vessie. — Obs. 18, 43, 55, 61.

Perforation double dans le rectum et la vessie. — Obs. 13, 55.

Perforation triple, vessie, rectum et peau. — Obs. 18.

Perforations du bassin. — Obs. 56.

Perforation vaginale. — Obs. 35, 40, 53.

Appendicite sans foyer. — Obs. 36, 38, 52.

Appendicite derrière la vessie. — Obs. 9.

Appendicite latéro-utérin. — Obs. 37.

Appendicite adhérent aux annexes gauches. — Obs. 26.

Appendicite adhérent aux annexes droites. — Obs. 28, 44, 51.

Adhérences à la face droite de l'utérus. — Obs. 38.

Adhérences au rectum face antérieure. — Obs. 2, 4.

Adhérences au rectum près du plancher pelvien. — Obs. 3.

Adhérences au rectum en un point variable. — Obs. 24, 50.

Adhérences au cul-de-sac vaginal. — Obs. 53.

Adhérences au bassin. — Obs. 32, 57.

Ensemencement multiple. — Obs. 54.

SYMPTOMATOLOGIE

Diarrhée prémonitoire. — Obs. 1, 3, 9.

Douleur à gauche. — Obs. 21, 22, 23, 24, 25, 26, 58

Douleur rétro-pubienne. — Obs. 20.

Douleur hypogastrique. — Obs. 6, 60, 63, 65.

Douleur sans prédominance. — Obs. 39, 58.

Proctalgie. — Obs. 3, 21, 59.

Douleurs rectales. — Obs. 2, 59.

Douleurs vésicales. — Obs. 1, 5, 9, 10.

Douleurs irradiées dans la jambe. — Obs. 7, 8, 45.

Douleurs dans l'aîne. — Obs. 1, 61.

Douleurs pelviennes. — Obs. 11, 53, 60.

Douleur à la pression au-dessous de l'arcade crurale correspondant à l'épigastre. — Obs. 51.

Douleur à la pression rectale correspondant à l'épigastre. — Obs. 1.

Douleur à droite. — Obs. 32, 33, 34, 35, 62.

Douleur utérine. — Obs. 37, 38.

Douleur sur les annexes. — Obs. 51.

Barre épigastrique. — Obs. 1, 4.

Douleur iliaque inférieure. — Obs. 1, 36.

Ténésme rectal. — Obs. 1, 2, 3, 4, 7, 10, 11, 13, 14, 15, 22, 30, 32, 41, 42.

Ténésme vésical. — 1, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 22, 41, 42, 58.

Ténésme rectal et vésical coïncidant. — 1, 4, 10, 22, 41, 42.

Glaïres rectales. — Obs. 3, 4, 7, 21.

Amurie. — Obs. 12, 53 (partielle).

Rétention d'urine. — Obs. 4, 19, 58, 65.

Fréquence des mictions. — Obs. 5, 63.

Fausse sensation d'appendice: — Obs. 9.

Fausse sensation du foyer. — Obs. 60.

Submatité iliaque inférieure. — Obs. 1.

Tuméfaction hypogastrique. — Obs. 6, 12, 27, 63.

Tuméfaction gauche. — Obs. 23, 25, 26.

Tuméfaction droite. — Obs. 10, 21, 31, 32, 35, 58, 61.

Pas de tuméfaction. — Obs. 1, 3, 5, 11, 50, 51, 62.

Toucher rectal, sensation de dureté. — Obs. 1 et 5.

Sensation de fluctuation. — Obs. 6, 7, 11, 63.

Sans mention exacte des sensations. — Obs. 1, 3, 5, 7, 10, 11, 29, 35, 61, 62, 64, 65.

Sensation de rénitence. — Obs. 6.

Crise précédée d'une évolution d'appendicite chronique. — Obs. 1, 2, 4, 9, 40, 44, 51 et peut-être 49.

PRONOSTIC ET COMPLICATIONS

Phlegmon du ligament large. — Obs. 45.

Évolution mortelle après perforation : 2 cas seulement ; ce sont :

1° Ouverture vaginale s'étant opérée malgré une incision iliaque droite ; continuation de l'évolution abdominale ; incision iliaque gauche ; mort. — Obs. 35.

2° Ouverture vésicale s'étant opérée malgré une incision iliaque; mort. — Obs. 61.

Mort sans opération. — Obs. 20, 46, 48.

Mort par péritonite généralisée constatée nettement à l'opération. — Obs. 47.

Gène consécutive dans la jambe droite. — Obs. 7, 8, 62.

ERREURS DE DIAGNOSTIC

Occlusions intestinales. — Obs. 3.

Phlegmon péri-rectal. — Obs. 3.

Rétention d'urine. — Obs. 12.

Tumeur de l'S iliaque. — Obs. 23.

Perforation intestinale sans localisation. — Obs. 24.

Kyste de l'ovaire. — Obs. 37, 45.

Coliques néphrétiques. — Obs. 39, 40.

Annexite. — Obs. 38, 41, 42, 44, 46, 47, 48, 49.

TRAITEMENT

Opérations à froid, toutes suivies de succès. — Obs. 1, 2, 3, 32, 33, 36.

Incision abdominale médiane; guérison. — Obs. 6, 26.

Faite après une première incision iliaque, suivie d'insuccès. — Obs. 10; guérison en deux mois et demi.

Incision abdominale médiane suivie malgré ce d'ouverture rectale spontanée. — Obs. 5.

Incision abdominale médiane suivie de mort. — Obs. 27, 28.

Incision iliaque bilatérale suivie d'ouverture vaginale spontanée et de mort. — Obs. 35.

Incision iliaque bilatérale suivie d'ouverture vésicale; mort. — Obs. 61.

Incision iliaque bilatérale; mort. — Obs. 24, 25, 60.

Incision iliaque bilatérale, insuccès, nécessité d'une seconde incision. — Obs. 10.

Incision iliaque bilatérale, dissection des adhérences; pénible guérison. — Obs. 11.

Incision iliaque bilatérale; guérison. — Obs. 9; guérison tardive. — Obs. 21, 22, 23, 29, 30, 31, 34.

Insuffisance de l'ouverture vaginale. — Obs. 35 et 40.

Hystérectomie. — Obs. 43.

Incision rectale; guérison. — Obs. 7, sort 2 jours après; Obs. 64, 65.

CONCLUSIONS

De l'analyse des faits qui précèdent et qui sont contenus dans nos observations, nous tirerons donc les conclusions suivantes :

1° Il existe une forme d'appendicite à siège exclusivement pelvien.

2° Alors même qu'on aura fait par exclusion le diagnostic d'appendicite, on n'aura, dans ces cas, qu'une partie du diagnostic, le siège de la localisation étant indispensable à un traitement rationnel.

3° Le toucher rectal ou vaginal devra alors être pratiqué et permettra seul le diagnostic : soit qu'on sente réellement l'appendice ou l'abcès, soit qu'on détermine par cette exploration une douleur caractéristique irradiant à l'épigastre.

4° Dans les cas où la présence d'un abcès volumineux à évolution menaçante ne permettra pas d'attendre l'opération à froid, il faudra pratiquer sans retard le drainage rationnel de la collection.

5° L'ouverture abdominale est souvent insuffisante, dangereuse parfois, car elle peut permettre l'inoculation opératoire de la grande cavité péritonéale.

6° Parmi les méthodes d'ouverture inférieure, l'ouverture rectale est celle qui paraît présenter le plus d'avantages.

8° Dans le cas de péritonite généralisée, l'ouverture rectale serait insuffisante; l'ouverture abdominale s'impose.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Ouvrages parcourus.

HISTORIQUE

- Mestivier.** — *Journal général de médecine et de chirurgie*, 1759, p. 441.
Salgues. — *Id.*, 1771, p. 515.
Jadelot. — Clin. de 1808, de la *Bibl. méd.*, 1814, rapportée par LENS.
Wageler. — *Journal de Corvisart*, 1813, t. XXVII.
Leroux et Boyer. — *Gazette de santé*, 1817, p. 14.
Melier. — *Journal général de médecine et de pharmacie*, 1827, t. C, p. 327.
Louyer-Villermay. — *Arch. gén. de méd.*, p. 246, ann. 1824.
Ménière. — Mém. sur les tum. phlegmon. de la fosse iliaque droite, *Arch. gén. de méd.*, 1828, t. XVII, p. 138 et 513.
Malespine. — *Arch. gén. de méd.*, 1841, t. X, p. 23.
Bodart. — Th. de Paris, 1844.
Faivre. — Th. de Paris, 1851.
Balzer. — *Gazette médic. de Paris*, 1879, p. 192.
Maurin. — Th. de Paris, 1889-1890.
Martinez. — Th. de Paris, 26 février 1891.
Mariage. — Th. de Paris, 4 mars 1891.
Gerster. — *New-York medical Journal*, 5 juillet 1890, p. 6.
Vimont. — *Soc. anatomique*, 1887, p. 608.
Richelot. — *Soc. de chir.*, 15 oct. 1890.
Talamon. — *Appendicite et pérityphlite*. Bibliothèque CHARCOT-DEBOVE, 1892.
Dormoy. — *De l'Appendicite à forme pelvienne*. Th. de Lyon, 1897.
Esnault. *Contribut. à l'étude de l'appendicite (particulièrement à siège pelvien)*. Th. de Paris, 29 déc. 1897.

ANATOMIE

- Durand.** — Le ligament ilio-ovarien ; contribution à l'étude du ligament large. *Progrès médical*, 6 juillet 1895.
Clado. — Étude de l'appendice. *Société de biologie*, 1892, p. 133.
Legueu. — *Soc. anatomique*, 1892, p. 56.

- Barnsby.** — Th. Paris, 1898.
Tuffier et Jeanne. — Étude sur l'appendice et le cæcum. *Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, août 1899, p. 235.
Fergusson. — *American Journal of the medical sc.*, 1891, p. 61.
Lafforgue. — *Journal internat. d'anatomie*, 1893, p. 141.
Jonnesco. — *Traité d'anatomie* de POIRIER. Art. *Cæcum*.
Testut. — *Anatomie descriptive*. Art. *Cæcum et Appendice*.
Ricard. — *Sem. méd.*, 1887, p. 39.
Ombredanne. — *Lames vasculaires de l'abdomen*. Th. Paris, 1899.
Kruger. — *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, XLV, An. 1897, p. 401.
Barnsby. — *Soc. anat.*, 1898.
Chognon. — *Adhérences de l'appendice et des organes avoisinants*. Th. de Lyon, 1894.
Jonnesco. — Th. Paris, 1892.
Ducatte. — Th. Paris, 1899-1900.

ÉTIOLOGIE

- Vautrin.** — Appendicites anormales. *Revue de gyn. et de chir. abd.*, 10 février 1898, p. 53.
Jalaguier. — *Traité de chir.* de DUPLAY et RECLUS. Art. *Appendicite*.
Chastenet. — *Quelques recherches sur l'appendicite*. Th. Paris, 22 juillet 1898.
Jiarca. — *Appendicite et grossesse*. Th. Paris, 13 janvier 1898.
Frœnkel. — *Revue de gynécologie*, 1899, n° 3.
Le Gendre, Siredey, Mathieu. — Appendicite et grossesse. *Soc. méd. des hôp.*, 26 mars 1897.
Pinard. — *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1900, janvier XLIII, p. 227-236. *Id.*, 22 mars 1898.
Bué. — *Médecine moderne*, 12 mars 1898.
Archibald. — *Montreal medical Journal*, 1900, XXIX, p. 81-82.
Rotter. — *Berlin. med. Wochenschrift*, 1900, N° Freievereinigung des chirurgen von Berlins, 12 Februar 1900.
Falk. — *Centralblatt f. Chir.*, 1900, n° 7.
Delagénière. — *Congrès de chirurgie*, 1897.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

- Brun.** — *Traité des mal. des enfants* de GRANCHER. Art. *Appendicite*.
Quénu. — *Journal des praticiens*, 9 avril 1898.
Treub. — *Revue de gynécol.* 1897, mars-avril.
Sourdille. — *Soc. anat.*, 1894, p. 447.
Couraud. — Th. de Lyon, décembre 1894.

SYMPTOMATOLOGIE

- Damien Masson.** — *Complications vésicales de l'appendicite.* Th. Paris, 4 nov. 1898.
- Wladoff.** — *Appendicites ouvertes dans la vessie.* Th. de Lyon, 1898.
- Villaret.** — *Appendicites ouvertes dans l'intestin.* Th. de Lyon, 1898.
- Walther.** — *Appendicites chroniques.* *Soc. de Chir.*, 13 mars 1900, n° 9, p. 254.
- Monod et Vanverts.** — *Appendicite.* Masson, 1897.
- A. Broca.** — *Appendicite.* Baillière, 1900.
- Legueu.** — *Appendicite.* 1897.
- Fournier.** — *Gazette médicale de Picardie*, 1900, XVIII, p. 40-43.
- Potheret.** — *Soc. de Chir.*, 1899.
- Weiss et Février.** — *Revue de Chirurgie*, 1898, p. 596 et 1166.

PRONOSTIC ET COMPLICATIONS

- Piard.** — Th. Paris, 1896.
- Pascal.** — Th. Paris, 1900.
- Duret.** — *Journal des Sc. méd. de Lille*, 1900, 13 janvier, n° 2.

DIAGNOSTIC

- Dolérès.** — *Sem. gynécol.*, 1897, n° 41, p. 349.
- Bouilly.** — *Sem. gynécol.*, 1897, n° 41, p. 321.
- Pichevin.** — *Sem. gynécol.*, 1897, n° 46, p. 361.
- Bouilly.** — *Sem. gynécol.*, 1896, 4 février.
- Dolérès.** — *Bull. de la Soc. d'obst. et de gynéc. de Paris*, 14 oct. 1897.
- Leroy.** — Th. Paris, déc. 1897.

TRAITEMENT

- Vignart.** — Th. de Lyon, 1899.
- Lavabre.** — Th. de Lyon, 1898.
- Frœlich.** — Lésion de l'intestin par coup de pied de cheval. *Mercredi médical*, année 1875, p. 121.
- Poncet et Jaboulay.** — Drainage parasacrè *Revue de Chirurgie*. Année 1892, p. 147.
- Koch.** — *Wiener med. Wochenschrift*. Année 1899, n° 1, p. 11.
- Margery.** — Th. de Lyon, 1892.
- Velten.** — Th. de Lyon, 1895.
- Lasserre.** — Th. de Lyon, 1897-98.
- Ouin.** — Th. de Lyon, 1898.
- Daireaux.** — Th. de Lyon, nov. 1895.
- Rocheron.** — Th. de Lyon, 1892.
- Normet.** — Th. de Bordeaux, 1899, n° 59, p. 13.
- Monod et Vanverts.** — *Archives génér. de Méd.* An. 1898, p. 513.
- Peterson.** — *Americ. gynécol. and obstetric. J. An.* 1900, XVI, p. 240-241.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
CHAPITRE I. — <i>Introduction.</i> — Observation qui a été l'occasion première de cette étude.....	7
CHAPITRE II. — <i>Historique.</i> — L'appendicite pelvienne de 1759 à nos jours.....	11
CHAPITRE III. — <i>Anatomie.</i> — L'appendice pelvien ; rapports que peut affecter l'abcès développé à son voisinage...	15
CHAPITRE IV. — <i>Étiologie.</i> — Causes spéciales d'inflammation ; fréquence de l'appendicite pelvienne.....	25
CHAPITRE V. — <i>Anatomie pathologique.</i> — Formes anatomiques de l'appendicite pelvienne ; lésions de complication.	29
CHAPITRE VI. — <i>Symptomatologie.</i> — Formes cliniques de l'appendicite pelvienne ; signes spéciaux.....	33
CHAPITRE VII. — <i>Pronostic et complications.</i> — Ouvertures diverses ; gravité.....	43
CHAPITRE VIII. — <i>Diagnostic.</i> — Erreurs diverses ; signes de diagnostic positif.....	47
CHAPITRE IX. — <i>Traitement.</i> — Opération à froid ; divers modes d'ouverture de l'abcès ; drainage pelvien.....	50
CHAPITRE X. — <i>Observations</i>	67
CHAPITRE XI. — <i>Analyse des observations et liste des faits qui y sont contenus</i>	118
CONCLUSIONS.....	123
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	125

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu par le Président de la thèse,

TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

IMPRIMERIE A.-G. LEMALE, HAVRE

